

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
4. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ	
ΗΛΙΚΙΑΣ.....	10
– 1.1. Διαχωρισμός Τρίτης Ηλικίας.....	10
– 1.2. Δημογραφικές εξελίξεις.....	10
– 1.3. Η διαδικασία της γήρανσης.....	12
– 1.4. Τρόπος ζωής – Χαρακτηριστικά Τρίτης Ηλικίας.....	14
– 1.5. Συνταξιοδότηση.....	16
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	19
– 2.1. Κοινωνικά προβλήματα.....	19
– 2.2. Προβλήματα υγείας.....	21
– 2.3. Ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.....	23
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΟΙΑ.....	25
– 3.1. Ορισμός και γενικά χαρακτηριστικά.....	25
– 3.2. Παράγοντες κινδύνου.....	26
– 3.3. Προφυλακτικοί παράγοντες.....	27
– 3.4. Καταστάσεις που συγχέονται με την άνοια.....	28
– 3.5. Διάγνωση της άνοιας.....	29
– 3.6. Διαφορική διάγνωση.....	30
– 3.7. Εικόνα ασθενούς – συμπτώματα.....	30
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ.....	32
– 4.1. Άνοια τύπου Alzheimer.....	32
– 4.2. Αγγειακή – πολυεμφρακτική άνοια.....	34
– 4.3. Άνοια με σωμάτια του Lewy.....	36
– 4.4. Μετωποκροταφική άνοια.....	36
– 4.5. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Pick.....	36
– 4.6. Άνοια οφειλόμενη σε τραύμα κεφαλής.....	37
– 4.7. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Huntington.....	37
– 4.8. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Parkinson.....	38

- 4.9. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο των Creutzfeldt – Jacob.....	39
- 4.10. Άνοια οφειλόμενη σε λοίμωξη από HIV.....	39
<b>8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....</b>	<b>40</b>
- 5.1. Κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια.....	41
- 5.2. Συμπτώματα.....	41
- 5.3. Θεραπεία.....	42
<b>9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....</b>	<b>43</b>
- 6.1. Φαρμακευτική αγωγή της άνοιας.....	43
- 6.2. Παρενέργειες.....	44
<b>10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>45</b>
- 7.1. Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.....	45
- 7.2. Γνωστική παρέμβαση.....	46
- 7.3. Λογοθεραπευτική παρέμβαση.....	46
- 7.4. Εργοθεραπευτική παρέμβαση.....	47
- 7.5. Μουσικοθεραπεία.....	48
- 7.6. Εικαστική θεραπεία (Art Therapy).....	49
<b>11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ</b>	
<b>    ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>50</b>
- 8.1. Η διάκριση της φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία.....	50
- 8.2. Φροντίδα από την οικογένεια και δίκτυα άτυπης φροντίδας.....	50
- 8.3. Κλειστή/ ιδρυματική περίθαλψη.....	51
- 8.4. Ανοιχτή/ εξωιδρυματική περίθαλψη.....	52
<b>12. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....</b>	<b>56</b>
- 9.1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με την Τρίτη Ηλικία.....	56
- 9.2. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με τα άτομα που πάσχουν από άνοια	
.....	58
<b>13. ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ</b>	
<b>    ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>61</b>
- 10.1. Κριτήρια επιλογής του ερευνητικού θέματος.....	61
- 10.2. Σκοπός.....	62
- 10.3. Μεθοδολογία έρευνας.....	63
- 10.4. Τεχνικές συλλογής δεδομένων – Ερευνητικά εργαλεία.....	64
- 10.5. Δυσκολίες.....	68
<b>14. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>70</b>

<b>15. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>100</b>
<b>16. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>103</b>
<b>17. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>107</b>
<b>18. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>108</b>
<b>19. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>112</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που με τη συνεργασία, τη βοήθεια και τη συμπαράσταση που μας έδειξαν, συνέβαλαν ώστε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η παρούσα πτυχιακή.

Καταρχήν, ευχαριστούμε όλο το διδακτικό προσωπικό της σχολής Κοινωνικής Εργασίας, που μας τροφοδότησαν με τα κατάλληλα εφόδια ούτως ώστε να είμαστε σε θέση να φέρουμε εις πέρας την παρούσα εργασία. Ιδιαίτερος δε, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Κ<sup>α</sup> Παττακού που, έχοντας μεγάλη εμπειρία και γνώση για την Γ' Ηλικία, δέχτηκε να είναι η υπεύθυνη καθηγήτρια, ενώ μας καθοδηγούσε, μας επέβλεπε και μας διόρθωνε εκεί που έπρεπε.

Επίσης, ευχαριστούμε το προσωπικό της γραμματείας της σχολής, που όποτε το χρειαστήκαμε και για οποιονδήποτε λόγο, μας βοηθούσε άμεσα.

Πρέπει να ευχαριστήσουμε και τις τρεις συμφοιτήτριές μας για τον χρόνο που αφιέρωσαν, ώστε να συμπληρώσουν ορισμένα δικά μας κενά πάνω στην έρευνα και να μας κατατοπίσουν όπου ήταν αναγκαίο.

Ευχαριστούμε ακόμα την Πρόεδρο των Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού που, χωρίς καθυστέρηση και αναστολές, μας χορήγησε την άδεια προκειμένου να πραγματοποιήσουμε την έρευνα. Επίσης, τις πέντε κοινωνικές λειτουργούς των Ε.Δ.Α.Π.Ε., με τις οποίες συνεργαστήκαμε άψογα και χωρίς προστριβές από κοινού, κατά την διαδικασία της έρευνας. Τις πιο θερμές μας ευχαριστίες όμως, δίνουμε στα 220 μέλη των Ε.Δ.Α.Π.Ε. που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα και που μας περιέβαλαν με αγάπη.

Τέλος, χρωστάμε ένα μεγάλο «ευχαριστώ» στους φίλους μας, αλλά ιδίως στις οικογένειές μας, που υπήρξαν μεγάλοι συμπαραστάτες μας σε όλους τους τομείς και καθ' όλη την περίοδο που διάρκεσε η συγγραφή της παρούσας μελέτης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παραδοσιακή κοινότητα οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν σημαντικά πρόσωπα, τόσο μέσα στην κοινότητα όσο και στην οικογένεια, με την εκτεταμένη της μορφή. Λειτουργούσαν μέσα από πολλούς ρόλους, καλούνταν να ανταποκριθούν σε πλήθος απαιτήσεων και αναγκών, αλλά και να δώσουν λύσεις στα υπάρχοντα προβλήματα. Έτσι, μέσα από αυτούς τους ρόλους παρέμειναν ενεργοί και δραστήριοι ακόμη και μέχρι τα βαθιά γεράματα. Το πέρασμα του ενήλικα στη φάση της γήρανσης ήταν βαθμιαίο και συντελούταν σε ένα πλαίσιο που παρείχε ασφάλεια, σεβασμό και δυνατότητες προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής.

Το πέρασμα της ελληνικής κοινωνίας στη σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση, βρίσκει τους ηλικιωμένους αντιμέτωπους σε καθημερινή βάση με τη σύγκρουση του χθες και του σήμερα, με την ανατροπή των αξιών, των κανόνων συμπεριφοράς και των ρόλων που γνώριζαν μέχρι τότε, με συνέπεια να ζουν μέσα σε συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές σχέσεις, αποξενωμένοι από τον κύκλο των συγγενών.

Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, η ύπαρξη πιεστικών ψυχοκοινωνικών καταστάσεων, η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η συνταξιοδότηση, συχνά ο θάνατος προσφίλων προσώπων, η αλλαγή στις κοινωνικοοικονομικές δομές και αξίες, αλλά και η απομόνωση, είναι μερικά μόνο από τα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Γ' Ηλικία και παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναφορικά με την επίδρασή τους στην κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων και στην αιτιολογία των ψυχικών παθήσεων (Γ. Γουρνάς, 1993).

Η άνοια είναι μια διανοητική διαταραχή που προέρχεται γενικά από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια αυτή είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στην περίπτωση της άνοιας έχει αυξητικό ρυθμό, σε σημείο που να εμφανίζεται μία αργή αλλά βαθμιαία μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η νόσος επιδρά στη μνήμη, στην προσοχή, στη συγκέντρωση, στην ομιλία και στη σκέψη, που με τη σειρά τους έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή του ατόμου, αφού επηρεάζουν τις σχέσεις του, την εργασία του, τις δραστηριότητες που επιδίδεται στον ελεύθερο χρόνο του και τέλος, την ικανότητά του να αυτοεξυπηρετηθεί. Όμως, όλοι οι άνθρωποι που πάσχουν από άνοια, δεν παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με την ίδια σειρά και αυτό γιατί είναι ένα σύνδρομο που δεν ακολουθεί πάντα την ίδια

πορεία. Η πορεία της άνοιας εξαρτάται από την αιτία της διαταραχής του εγκεφάλου και από τις εγκεφαλικές περιοχές που έχουν υποστεί βλάβη (Μ. Τσολάκη, 2006).

Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τύποι άνοιας. Η πιο συνηθισμένη μορφή είναι η νόσος Alzheimer. Πρόκειται για μία μη αναστρέψιμη, αποδιοργανωτική νόσο, που εκφυλίζει προοδευτικά τα εγκεφαλικά κύτταρα. Το βασικό της σύμπτωμα είναι η αυξανόμενη απώλεια μνήμης. Επηρεάζει τόσο την πρόσφατη μνήμη όσο και γνωστικές λειτουργίες, όπως τη σκέψη, την ομιλία, τον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, αλλά και τη διάθεση, την κινητικότητα και την συμπεριφορά. Από τη νόσο του Alzheimer πάσχει περίπου ένας στους είκοσι, πάνω από την ηλικία των 65 ετών και λίγο λιγότερο από ένας στους χίλιους, κάτω από την ηλικία των 65 ετών. Παρόλο που ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνεται με την ηλικία, ωστόσο η μεγάλη ηλικία δεν προκαλεί από μόνη της την ασθένεια.

Η θεραπεία της άνοιας αναπτύχθηκε τελευταία κυρίως. Οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα είναι πολλές και συνεχίζονται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς καθώς, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, προβλέπεται αύξηση του αριθμού των ασθενών με άνοια. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι τα φάρμακα που έχουν κυκλοφορήσει μέχρι σήμερα, σταματούν ή αναστρέφουν την εξέλιξη της εγκεφαλικής κυτταρικής βλάβης. Χορηγούνται κυρίως για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αλλά δεν θεραπεύουν τη νόσο. Εντούτοις, παρά το γεγονός ότι μπορεί να μην έχουν θετική δράση σε όλους τους ασθενείς, εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, ειδικά στο αρχικό και ενδιάμεσο στάδιο της νόσου (Μ. Τσολάκη, 2006).

Υπάρχουν επίσης, αρκετές μη φαρμακευτικές θεραπείες και προσεγγίσεις, που μπορεί να συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με άνοια. Ενδεικτικά αναφέρουμε τις εξής: ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, γνωστική παρέμβαση, λογοθεραπευτική παρέμβαση, εργοθεραπευτική παρέμβαση, μουσικοθεραπεία και εικαστική θεραπεία.

Η Γ' Ηλικία αποτελεί ένα ζωντανό κομμάτι της κοινωνίας. Η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας – όσο το δυνατόν – με την αρωγή της κοινότητας, η καλλιέργεια πνευματικών, σωματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, η διατήρηση παλαιών και η δημιουργία νέων ρόλων και δράσεων, θα δώσουν στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα για καινούριο τρόπο ζωής, για νέους στόχους και προσδοκίες και για βελτίωση της ποιότητας ζωής, γεγονός που θα έχει θετική επίδραση στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, συνεπώς και της μακροζωίας τους (Γ. Γουρνάς, 1993).

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε από τους σπουδαστές Μπελιμπασάκη Στεργιάνα και Χρόνη Δημήτριο. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα ήταν τόσο η ευαισθητοποίηση από την πλευρά μας για την Γ' Ηλικία, όσο και η θεωρητική και εμπειρική κατεύθυνση της υπεύθυνης καθηγήτριάς, Κ<sup>α</sup>ς Παττακού.

Έχοντας δουλέψει και παρατηρήσει αρκετά την ευαίσθητη αυτή κοινωνική ομάδα, κατανοήσαμε τη σημαντικότητα του ρόλου και της προσφοράς τους στην ελληνική κοινωνία και διαπιστώσαμε τις ανάγκες και τα προβλήματά τους. Η διερεύνηση της γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων είναι ένα καίριο κοινωνικό και ιατρικό θέμα, που συνοδεύεται από επιστημονικό ενδιαφέρον. Θελήσαμε λοιπόν, να το διερευνήσουμε και να το αναλύσουμε περαιτέρω.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών ανάμεσα στα μέλη των Ε.Δ.Α.Π.Ε. Κορυδαλλού. Έγιναν μετρήσεις των γνωστικών λειτουργιών και της λειτουργικότητας σε μέλη άνω των 65 ετών, ενώ παράλληλα μετρήθηκαν και οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης, προκειμένου τα αποτελέσματα να μας δώσουν δόκιμα συμπεράσματα για την κατάσταση της Τρίτης Ηλικίας στη συγκεκριμένη τουλάχιστον περιοχή.

Ο βασικός μας στόχος είναι η πλήρη και αντικειμενική καταγραφή όλων των επιμέρους πλευρών του θέματος, μέσα από την προσπάθειά μας για συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αλλά και των ερευνητικών μας αποτελεσμάτων, με απώτερο σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων, που θα χρησιμοποιηθούν για τον εμπλουτισμό της ήδη υπάρχουσας γνώσης. Επιχειρούμε ακόμα, την περιγραφή του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας, της πρακτικής, αλλά και της συμβολής της γύρω από το ζήτημα αυτό.

Ο δευτερεύον στόχος είναι η δική μας εμπέδωση της θεωρητικής γνώσης που κατέχουμε από τη Σχολή, αναφορικά με την ερευνητική σκέψη και μεθοδολογία, τη συλλογή και ανάλυση βιβλιογραφίας και άλλων δεδομένων, όπως και τη σωστή σύνδεση αυτών των δύο με το γνωστικό αντικείμενο που πραγματευόμαστε.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση του θεωρητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, είναι η εύρεση βιβλιογραφικού υλικού και η αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο. Όσον αφορά στο ερευνητικό κομμάτι, εφαρμόσαμε την τεχνική της ποσοτικής έρευνας με ερωτηματολόγια. Η συλλογή δεδομένων έγινε με

πέντε δομημένα και εγκεκριμένα επιστημονικά ερωτηματολόγια, που διέθεταν ανοιχτές ερωτήσεις και προεπιλεγμένες απαντήσεις στις κλειστές ερωτήσεις.

Το πεδίο που επιλέχθηκε είναι ο Δήμος Κορυδαλλού του νομού Αττικής και πιο συγκεκριμένα ο πληθυσμός των μελών των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. που ήταν άνω των 65 ετών. Στην έρευνά μας συμπεριλάβαμε 220 μέλη, δηλαδή 44 άτομα από το κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί με το ποσοστό του 10% των μελών που είναι άνω των 65 ετών και επίσης αποτελεί το 8,3% του συνολικού αριθμού των εγγεγραμμένων μελών όλων των Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού. Για την επιλογή του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της τυχαίας διαλογής. Επιλέγαμε τυχαία 22 άντρες και 22 γυναίκες από τα ενεργά μέλη του κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. Σε περίπτωση άρνησης κάποιου μέλους, προχωρούσαμε στην επόμενη τυχαία επιλογή.

Η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η ολοκλήρωση της έρευνας. Παρόλο που οι κοινωνικές λειτουργοί του κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. συνεργάστηκαν απόλυτα μαζί μας, ενημέρωναν και εξηγούσαν στα μέλη τους τον σκοπό για τον οποίο ήμασταν εκεί και να τους ενθάρρυναν να συμμετέχουν στην έρευνά μας, συναντήσαμε μεγάλη άρνηση από την πλευρά των μελών. Αν και ήμασταν ευγενέστατοι και παρείχαμε τόσο εμείς όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί εγγυήσεις για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και την τήρηση του απόρρητου, τα μέλη ήταν πολύ επιφυλακτικά και δύσπιστα απέναντι στην έρευνα. Όλο αυτό είχε σαν συνέπεια, η διαδικασία των συνεντεύξεων να κρατήσει αρκετούς μήνες. Μετά από πολύ χρόνο, κόπο και υπομονή κατορθώσαμε να ολοκληρώσουμε το ερευνητικό κομμάτι.

Η δομή της εργασίας αποτελείται από 13 κεφάλαια. Πριν την παρούσα εισαγωγή παραθέσαμε τις ευχαριστίες μας και μια σύντομη περίληψη ολόκληρης της πτυχιακής. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφουμε τις δημογραφικές εξελίξεις που έχουν συντελεστεί, τη διαδικασία της γήρανσης, τον τρόπο ζωής και τα χαρακτηριστικά της Γ' Ηλικίας, με ιδιαίτερη μνεία στο μεταβατικό στάδιο της συνταξιοδότησης και στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφερόμαστε στα προβλήματα των ηλικιωμένων. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλύουμε την άνοια και στο 4<sup>ο</sup> τους επικρατέστερους τύπους άνοιας. Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο επιχειρούμε να κάνουμε μία σύνδεση της κατάθλιψης με την άνοια, καθώς πρόκειται για δύο ασθένειες που εμφανίζονται συχνά μαζί. Ακολουθεί η φαρμακευτική θεραπεία της άνοιας και οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στο 6<sup>ο</sup> και 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο αντίστοιχα. Στο 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο παραθέτουμε τα είδη φροντίδας και τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας που απευθύνονται στην Γ' Ηλικία. Στο 9<sup>ο</sup> κεφάλαιο, που είναι και το τελευταίο του



θεωρητικού μέρους, αναπτύσσουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού με την Γ' Ηλικία γενικά και πιο ειδικά με τα άτομα που πάσχουν από άνοια.

Το δεύτερο μέρος, που είναι το ερευνητικό, ξεκινάει με το κεφάλαιο 10 στο οποίο περιγράφεται εκτενώς η μεθοδολογία της έρευνας και περιλαμβάνει τα κριτήρια επιλογής του ερευνητικού θέματος, τον σκοπό, τη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε, τις τεχνικές συλλογής δεδομένων και τα ερευνητικά εργαλεία, καθώς και τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε. Στο κεφάλαιο 11 παρουσιάζουμε την ανάλυση της έρευνας με τους πίνακες και τα αποτελέσματα. Στο κεφάλαιο 12 παραθέτονται τα πιο ουσιώδη συμπεράσματα που κατορθώσαμε να εξάγουμε από το ερευνητικό μέρος και κλείνουμε με συζήτηση και προτάσεις στο κεφάλαιο 13.

Το τελευταίο κομμάτι της πτυχιακής είναι ο επίλογος, η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε αναλυτικά και το παράρτημα.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### 1.1. Διαχωρισμός Τρίτης Ηλικίας

Η κοινωνία - για οικονομικοπολιτικούς λόγους μεταξύ άλλων - διακρίνεται από την τάση να ταξινομεί τα άτομα σε διάφορες κατηγορίες, σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια όπως: το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση, το θρήσκευμα, την εθνικότητα και άλλα πολλά.

Μια τέτοια ταξινόμηση είναι και η ηλικιακή. Έτσι ο πληθυσμός χωρίζεται σε παιδιά, νέους, ενήλικες και υπερήλικες. Οι τελευταίοι αποτελούν τη λεγόμενη «Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία». Πρόκειται για μία έννοια χρονολογική, με ένα όριο συμβατικά καθορισμένο, η αρχή του οποίου εναλλασσόταν από εποχή σε εποχή (Γ. Γουρνάς, 1993: 161).

Οι όροι «ηλικιωμένος», «γήρας», «Τρίτη Ηλικία», παραμένουν ασαφείς μέχρι και σήμερα και, παρόλο που δεν υπάρχει αυστηρώς συγκεκριμένο βιολογικό όριο, το 65ο έτος θεωρείται συνήθως το μεταίχμιο της μετάβασης στην Τρίτη Ηλικία. Με βάση τον Π.Ο.Υ. τα έτη 74 - 90 αντιστοιχούν στην 4η ηλικία και τα άνω των 90 στην 5η ηλικία (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 67).

#### 1.2. Δημογραφικές εξελίξεις

Το δημογραφικό πρόβλημα χαρακτηρίζεται τόσο από τη διαχρονικότητα και τη παγκοσμιότητά του, όσο και από την καθοριστική επίδραση που ασκεί στους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς τομείς κάθε χώρας.

Η αύξηση του πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα δεν υπήρξε ποτέ στο παρελθόν σταθερή και μεγάλη. Μετά το 1950 οι παγκόσμιες εξελίξεις τροποποιήθηκαν ραγδαία, ενώ τα τελευταία 50 χρόνια η δημογραφική έκρηξη οδήγησε στον τριπλασιασμό του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο υπερπληθυσμός συσσωρεύει εκτός από τα προβλήματα του επισιτισμού και πολλά άλλα, που υποβιβάζουν την ποιότητα της ζωής και προκαλούν κοινωνική εξαθλίωση (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 32).

Το ταχύτερα αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού της «γηραιάς» ηπείρου είναι ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ ο αριθμός των θανάτων κατά την περίοδο 1961 – 1991 υπερτερεί των γεννήσεων στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 32-3).

Σε ειδική σύνοδο του Ο.Η.Ε. που πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είχε ως αντικείμενο τις τάσεις της δημογραφικής γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, έγιναν οι παρακάτω επισημάνσεις (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982):

1. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000 από 214.000.000 που ήταν το 1950.
2. Από το 1975 έως το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός θα τριπλασιαστεί, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών θα πενταπλασιασθεί και ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 80 ετών θα αυξηθεί κατά επτά φορές.
3. Η δημογραφική δομή των αναπτυσσόμενων χωρών θα συγκλίνει σταδιακά προς το σχήμα της πυραμίδας των ανεπτυγμένων χωρών (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 33).

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ο ρυθμός αύξησης των ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών είναι επταπλάσιος εκείνου του γενικού πληθυσμού της. Σε ορισμένες περιοχές μάλιστα, οι υπερήλικες πέρασαν το 20% του πληθυσμού (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 22).

Ορισμένοι παράγοντες που ευνοούν την αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων στη χώρα μας είναι:

- 1) Η σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας στην Ελλάδα, λόγω προαγωγής των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής και οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες υψηλής στάθμης σε ολοένα περισσότερα άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας.
- 2) Η άνοδος του κοινωνικοοικονομικού και γενικότερα πολιτισμικού επιπέδου με τις ανέσεις και βελτιώσεις της ζωής που αυτά συνεπάγονται, αλλά και τη μείωση της αναπαραγωγικότητας.
- 3) Η μετανάστευση μεγάλου τμήματος της παραγωγικής ελληνικής νεολαίας σε χώρες του εξωτερικού. Εάν στα παραπάνω προστεθεί και η μεγάλη εσωτερική αστυφιλική μετανάστευση, τότε εύκολα κατανοείται η επιτακτική ανάγκη για την ένταξη των υπερηλίκων σε προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης σε όλα τα διαμερίσματα της χώρας (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 25).

### 1.3. Η διαδικασία της γήρανσης

Η γήρανση αποτελεί ένα καθολικό φαινόμενο και μια σύνθετη διαδικασία με μεταβολές που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων, οι οποίες επέρχονται προοδευτικά και είναι μη αναστρέψιμες. Εντούτοις ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας ποικίλλει από άτομο σε άτομο, αλλά και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Το γεγονός αυτό καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 33-4, Λ. Μουσούρου, Μ. Στρατηγάκη, 2004).

Πολλές από τις νοσηρές καταστάσεις - συνέπεια της ηλικίας - παρουσιάζονται μόνο σε μικρή αναλογία στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Οι άθικτες πνευματικές λειτουργίες είναι μια σταθερή κατάσταση στη φυσιολογική γήρανση και αποτελεί μάλλον τον κανόνα παρά την εξαίρεση. Σύμφωνα με το παραπάνω, συμπεραίνεται ότι η νοητική εξασθένηση δε θεωρείται φυσιολογική συνέπεια της γήρανσης και αντιπροσωπεύει περισσότερο μία νόσο, που υπερισχύει κυρίως στις προχωρημένες ηλικίες (Γ. Γουρνάς, 1993: 161-2, Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Σύμφωνα με ορισμένες απόψεις (Comfort, 1977) μόνο το 25% των μεταβολών που σχετίζονται με το γήρας αποδίδονται σε οργανικούς παράγοντες και αποτελούν το επονομαζόμενο σωματικό γήρας. Το υπόλοιπο 75% θεωρείται αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων και αποτελεί το καλούμενο κοινωνικό γήρας.

Έχει διαπιστωθεί επίσης, ότι οι νοητικές επιδόσεις του ηλικιωμένου δεν σχετίζονται μόνο με την ηλικία, αλλά σε υψηλό βαθμό συναρτώνται με τη μόρφωση, το επάγγελμα, την εξάσκηση σε διάφορους τομείς και την κατάσταση της υγείας του. Πάντως είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός, ότι με την πάροδο της ηλικίας, υποχωρούν αισθητά οι ικανότητες της πρόσφατης (βραχύχρονης) μνήμης, της αφηρημένης λογικής, της παρατηρητικότητας και της προσαρμογής σε καινούριες συνθήκες και καταστάσεις (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 57, Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Το γήρας είναι μια περίοδος αλλαγών τρόπου ζωής, ρόλων και δραστηριοτήτων. Η ψυχολογία του γήρατος αφορά κυρίως στη διαδικασία προσαρμογής των ατόμων στο γήρας. Στον τομέα αυτό της ψυχολογίας, επικρατούν δύο διαφορετικές αντιλήψεις. Η πρώτη δίνει έμφαση στις ελλειμματικές όψεις του γεροντικού ψυχισμού και αποδίδει την κατάσταση αυτή σε καθολικές και βιολογικές αλλοιώσεις του γεροντικού εγκεφάλου. Η δεύτερη επιχειρεί προσπάθειες μελέτης της ιδιαίτερης ψυχολογίας των ηλικιωμένων, λαμβάνοντας υπ' όψιν λιγότερο το ρόλο της οργανικής

κατάστασης του εγκεφάλου και περισσότερο εξωγενείς παράγοντες (δηλαδή συναισθηματικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και άλλους) που οδηγούν στην κακή προσαρμογή του ατόμου στο γήρας, με επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική υγεία του και συνεπώς και στην μακροζωία του (Γ. Γουρνάς, 1993: 162, Ε. Πανέρα, 1999).

Από υποστηρικτές άλλων θεωριών, δίνεται μεγάλη σημασία στους συναισθηματικούς παράγοντες και το περιβάλλον. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων είναι ικανή να διατηρήσει ακέραιες τις νοητικές λειτουργίες σε ικανοποιητικό επίπεδο, αρκεί να παρέχονται τα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα. Εάν υπάρξει διατήρηση του ενδιαφέροντος, τότε μπορεί να επιτευχθεί όχι μόνο η διατήρηση των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών, αλλά και η περαιτέρω εξέλιξη και βελτίωσή τους (Γ. Γουρνάς, 1993: 163).

Η χρονολογική ηλικία δεν έχει τη σημασία που είχε άλλοτε, διότι μεταξύ συνομηλίκων διαπιστώνεται μεγάλο εύρος παραλλαγών της φυσικής, ψυχικής και πνευματικής κατάστασης. Δεν είναι δυνατόν να καθοριστούν συγκεκριμένα χρονικά σημεία, στα οποία ο άνθρωπος φτάνει στο ύψιστο σημείο βιολογικής ανάπτυξης και πλήρους ανάπτυξης ικανοτήτων και επιδόσεων στην προσωπική και κοινωνική δραστηριότητά του. Έτσι, την τελευταία εικοσαετία υπάρχει η τάση για εξατομίκευση του γήρατος (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 26, Ε. Πανέρα, 1999).

Εξάλλου επιστημονικές έρευνες κλίνουν προς την άποψη ότι η υποκειμενική αίσθηση του βαθμού γήρανσης του κάθε ατόμου, έχει τεράστια σημασία όχι μόνο για την υγεία του, αλλά και για τη μακροβιότητα. Στα τελευταία συμβάλλουν αποφασιστικά ο σημαντικός βαθμός της ενεργητικότητας ενός ατόμου που αισθάνεται νέο, ενώ η αντικειμενική του ηλικία είναι πολύ μεγαλύτερη (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 26).

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται αποδεδειγμένα με το γήρας, με το επίπεδο υγείας ή τη μακροβιότητα είναι: γενετικοί, βιολογικοί, οικολογικοί, οικογενειακοί, επαγγελματικοί και διατροφικοί. Επίσης καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν η προσωπικότητα και το μορφωτικό επίπεδο και στην ποιότητα ζωής της Τρίτης Ηλικίας (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 26, Ε. Πανέρα, 1999).

Σύμφωνα με τον Krapf, το φυσιολογικό γήρας παρουσιάζεται σαν μία κατάσταση προσαρμογής που γίνεται ολόενα και πιο ασταθής, σε αντίθεση με τη νεότητα που χαρακτηρίζεται σαν κατάσταση μη προσαρμογής που τείνει στην προσαρμογή. Κατά τον ίδιο συγγραφέα, τα χαρακτηριστικά του γήρατος είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος, η εμμονή στις αποκτημένες συνήθειες και η αίσθηση της μη

ύπαρξης μέλλοντος, η οποία είναι και υπεύθυνη για τη δημιουργία «γεροντικού» χαρακτήρα, αλλά και των γεροντικών τάσεων για μεμψιμοιρία και μελαγχολία (Γ. Γουρνάς, 1993: 163-4).

#### **1.4. Τρόπος ζωής - Χαρακτηριστικά Τρίτης Ηλικίας**

Οι ηλικιωμένοι γίνονται συνήθως δογματικοί, δυσπροσάρμοστοι, ασυνήθιστα συντηρητικοί και δημιουργούν στη ζωή τους κανόνες βασιζόμενους στον προηγούμενο τρόπο ζωής που είχαν. Σπάνια ανανεώνουν τις ιδέες, τις σχέσεις και τις συνήθειές τους. Οι μόνες διαπροσωπικές σχέσεις που διατηρούν, συχνά περιορίζονται στο σύντροφό τους, με τον οποίο αναπτύσσουν σχέση έντονης εξάρτησης, ή σε λίγα πρόσωπα του κοντινού τους περιβάλλοντος.

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υστερούν σε ζωντάνια, πρωτοβουλία ή ταχύτητα δράσεως, αλλά υπερτερούν σε πείρα, σύνεση, γνώση και σοβαρότητα αντιμετώπισης των κινδύνων. Η πεισματική επιμονή τους στις παλιές συνήθειες, συμβάλλει συγχρόνως στη διατήρηση των παραδόσεων κάθε κοινωνίας, που αυτό συχνά αποτελεί ανεκτίμητη πηγή σοφίας (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 19).

Είναι γεγονός ότι οι αντιδράσεις των ηλικιωμένων παρουσιάζουν κάποια επιβράδυνση στα διάφορα ερεθίσματα. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο από τους νεότερους, αδυναμία όμως που αναπληρώνεται - όπως ειπώθηκε - με τη γνώση και την εμπειρία. Η γνωστή τάση που έχουν να θυμούνται καλύτερα το παρελθόν από το παρόν μπορεί να οφείλεται εν μέρει, στο ότι το παρελθόν διατηρείται πιο ζωντανό από το παρόν, όταν η ζωή των ατόμων αυτών είναι μάλλον περιορισμένη (Γ. Γουρνάς, 1993: 163).

Η γεροντική ηλικία χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας, έκπτωση και μείωση της ενεργητικότητας και των ικανοτήτων, ενώ εκδηλώνεται αγωνία και τάση για εξασφάλιση. Η ικανότητα αλλαγής και προσαρμοστικότητας μειώνεται και εμφανίζεται δυσκολία στην απαγκίστρωση του ατόμου από τον συνηθισμένο τρόπο σκέψης και δράσης. Εμφανίζουν μεγαλύτερη δειλία μπροστά σε κινδύνους - έστω και μηδαμινούς -, καθώς και έντονη αναζήτηση ασφάλειας και προστασίας από κάθε πηγή. Επίσης, τα δύο φύλα συμφωνούν στα ενδιαφέροντά τους σε αντίθεση με την περίοδο της εφηβείας (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 58, Ε. Πανέρα, 1999).

Οι ηλικιωμένοι γονείς επιδιώκουν να μένουν ξεχωριστά, αλλά όχι μακριά από τα παιδιά τους. Η πλήξη και η έλλειψη διαφόρων ενασχολήσεων και ενδιαφερόντων

ενισχύουν τα συναισθήματα μοναξιάς. Υπάρχει η τάση να συγκρίνουν τον τωρινό τους εαυτό με αυτό που ήταν κάποτε και σαν συνέπεια, αισθάνονται κατάθλιψη. Ιδιαίτερα, οι ηλικιωμένοι γίνονται θύματα αυξανόμενης μοναξιάς και ανασφάλειας, όταν αισθάνονται ότι γίνονται «βάρος» ή τους βαριούνται. Το ποσοστό των χήρων που ξαναπαντρεύονται αυξάνει, αλλά υπάρχουν προβλήματα, γιατί και από τις δύο πλευρές υφίστανται δυσκολίες στο να αλλάξουν συνήθειες ή να αναπτύξουν την ανοχή τους σε διάφορες καταστάσεις, που πιθανώς είναι δυσάρεστες και έχουν ξαναζήσει (P. Rappoport, 1981: 121, Λ. Μουσούρου, 1993).

Αν και δε χαρακτηρίζονται όλοι οι ηλικιωμένοι από τα προαναφερθέντα γνωρίσματα, εντούτοις η λανθασμένη στάση του κοινωνικού περιγύρου αναγκάζει τους υπερήλικες σε ανάλογη συμπεριφορά και ανώμαλη προσαρμογή στο γήρας. Επιβεβαιώνεται έτσι η άποψη ορισμένων, ότι η γεροντική ηλικία αποτελεί μία συνάρτηση πρωταρχικώς κοινωνική (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 58, Ε. Πανέρα, 1999).

Άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που αναφέρονται συχνά είναι ο εγωκεντρισμός, οι υπερβολικές απαιτήσεις, οι παράλογοι φόβοι και η απομόνωση από τον έξω κόσμο. Οι πιο σύγχρονες απόψεις αποδέχονται ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων δε μεταβάλλεται από το γήρας. Διατηρεί όλα τα χαρακτηριστικά της προηγούμενης ζωής και οι κάποιες αλλαγές που υφίστανται δεν σχετίζονται με την ηλικία, αλλά με τις επώδυνες εμπειρίες που συσσωρεύονται στη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Γ. Γουρνάς, 1993: 163, Ε. Πανέρα, 1999).

Τα ηλικιωμένα άτομα χάνουν από νωρίς σημαντικά αντικείμενα επαφής. Οι νέες επαφές που μπορεί να δημιουργήσουν είναι συχνά πολύ ασθενέστερες, όχι γνήσιες και για το λόγο αυτό ευάλωτες. Η σημαντικότερη «αλλαγή» της προσωπικότητας είναι η τάση για εσωστρέφεια, καθώς ο κύκλος των γνωριμιών μικραίνει και η συμμετοχή στις καθημερινές υποθέσεις περιορίζεται. Επικρατούν περισσότερο η ρουτίνα και οι συνήθειες. Υπάρχει συχνή ενασχόληση με τη σωματική υγεία που μπορεί να φτάσει ακόμα και τη νοσηρή μορφή της υποχονδρίας (Γ. Γουρνάς, 1993: 163). Ακόμα ένα ποσοστό αναπτύσσει ενδιαφέρον για τη θρησκεία. Ευελπιστούν μέσω αυτής να αντιμετωπίσουν το υπόλοιπο της ζωής τους και την ιδέα του επερχόμενου θανάτου με πνευματική ηρεμία.

Έρευνες καταδεικνύουν ότι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και η υγεία αποτελούν παράγοντες καταλυτικής σημασίας, για την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας. Όταν και οι τρεις παράγοντες είναι ψηλά, ένας ηλικιωμένος μπορεί να είναι σχετικά δραστήριος και να αντλεί ικανοποίηση από τις

δραστηριότητές του. Η κακή υγεία επηρεάζει την ικανοποίηση, αλλά επιδρά εξίσου και το μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα αυτού του παράγοντα στην ανακάλυψη και ανάπτυξη των ενδιαφερόντων (P. Rappoport, 1981: 108).

### 1.5. Συνταξιοδότηση

Κεντρικοί άξονες της κοινωνικής ζωής του ενήλικα είναι η οικογένεια, το επάγγελμα, ο ελεύθερος χρόνος. Κατά τη διάρκεια της ζωής του περνά από πολλές κρίσιμες καμπές, μερικές από τις οποίες επιδρούν καθοριστικά στην παραπέρα πορεία του. Μία από αυτές είναι η αποχώρηση του ατόμου από το επάγγελμα, που σηματοδοτεί – κατά πολλούς - την είσοδό του στο γήρας. Αποτελεί σημαντικό ορόσημο της ζωής, καθώς - εξαιτίας αυτού – αναφύονται πολλά προβλήματα και συντελούνται μεγάλες εσωτερικές ανακατατάξεις στα αποχωρούντα από την ενεργό υπηρεσία άτομα. Πρόκειται για μία περίοδο που οι κοινωνιολόγοι ονομάζουν «απώλεια πολλαπλών ρόλων» (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.).

Για τα περισσότερα άτομα, η σύνταξη συνδέεται με τον παροπλισμό τους και αποτελεί επίσημη προειδοποίηση για το επερχόμενο γήρας και το θάνατο. Σε αυτή την καμπή της ζωής, παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις, που είναι η καταθλιπτική κατάσταση. Άτομα που δεν έχουν ιδιαίτερα συγκροτημένες προσωπικότητες είναι πιο επιρρεπή σε τέτοιες καταστάσεις (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.).

Η συνταξιοδότηση φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους άντρες και αυτό είναι απόρροια αντιλήψεων και στερεότυπων της δυτικής κοινωνίας. Το επάγγελμα προσδιορίζει τη ζωή τους, υπαγορεύει το είδος των σχέσεων που έχουν και απασχολεί τις καθημερινές τους σκέψεις. Αναμφίβολα, ο καλύτερος τρόπος να ανταπεξέλθει κανείς σε αυτή τη μετάβαση είναι να την αντιμετωπίσει. Ενδεχομένως να χρειαστούν και κάποιες οικονομικές και νομικές διευθετήσεις, όπως μεταβίβαση περιουσίας, διαθήκη και άλλες (P. Rappoport, 1981: 114).

Συχνά οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται σαν άτομα που δεν έχουν σχεδόν τίποτα να προσφέρουν, σαν εξαρτημένα μέλη της κοινωνίας, ενώ αισθάνονται και οι ίδιοι αυτό το βάρος.

Υπάρχει ωστόσο και μια μερίδα που βλέπει τη συνταξιοδότηση ως πραγματική απελευθέρωση, γιατί δίνει τη δυνατότητα ελεύθερου χρόνου για νέες δραστηριότητες.



Οι σωματικές, καλλιτεχνικές, πνευματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, μπορεί να δημιουργήσουν ένα νέο τρόπο ζωής, καινούριους στόχους και ενδέχεται να διευκολύνουν την επίτευξη προσδοκιών, που πολύ συχνά περιορίζονται από την πίεση της καθημερινής εργασίας (Γ. Γουρνάς, 1993: 164).

Ένα ποσοστό των συνταξιούχων ισχυρίζεται βελτίωση της ποιότητας ζωής ανάμεσα στο ζευγάρι: περισσότερες κοινές δραστηριότητες και αναπροσαρμογή στην καθημερινότητα. Ωστόσο αυτό εξαρτάται από την ποιότητα σχέσης του ζευγαριού πριν από τη συνταξιοδότηση. Η προσαρμοστικότητα παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο για τις σχέσεις του ζευγαριού, διότι η έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή σε αυτήν την φάση δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις που έχουν επίπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ανεύρεση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, που έχουν νόημα για το άτομο και προσφέρουν στόχους, βοηθούν στην ψυχική ευεξία, η οποία αντανακλάται σε όλους τους τομείς της ζωής.

Μία άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων που έχει υιοθετήσει το άτομο όλα τα προηγούμενα χρόνια, καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τη διαδικασία της συνταξιοδότησης, δηλαδή θετικά ή αρνητικά (Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999: 229).

Στην πραγματικότητα αυτή η προσαρμογή ποικίλλει ανάλογα με το φύλο και την κοινωνική τάξη. Η μεσαία και η ανώτερη τάξη δηλαδή έχει περισσότερες δυνατότητες να αποσυρθεί βαθμιαία από την εργασία και πιο πολλές ευκαιρίες να βρει ενδιαφέροντα. Ένα πολύ συχνό φαινόμενο είναι η πτώση του εισοδήματος και αυτό έχει επιπτώσεις στην καθημερινότητα και τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου (Γ. Γουρνάς, 1993: 164).

Η προσαρμογή είναι ευκολότερη όταν: α) προετοιμάζεται επαρκώς η μετάβαση. β) η αλλαγή ελαχιστοποιείται διατηρώντας τις πηγές ικανοποίησης και προσωπικής πληρότητας. γ) υπάρχουν καλές προϋποθέσεις (εισόδημα, υγεία, κοινωνική υποστήριξη). δ) το άτομο είναι ευέλικτο, θετικό και διατηρεί προοπτικές. ε) καλλιεργούνται οι διαπροσωπικές σχέσεις (Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999: 229).

Συνοψίζοντας, η συνταξιοδότηση δεν είναι κάτι αναγκαστικά κακό ούτε και κάτι εύκολο, με θετικά μόνο χαρακτηριστικά. Είναι μια σημαντική μεταβολή στη ζωή του ανθρώπου, που απαιτεί μεγάλη ικανότητα προσαρμογής. Χρειάζεται κυρίως αναμόρφωση στον τρόπο ζωής και τη νοοτροπία, αναδιάταξη των στόχων, προσαρμογή σε χαμηλότερα επίπεδα αναγνώρισης συγκριτικά με τα ενεργά άτομα, σε μικρότερο εισόδημα και σε μειωμένες σωματικές δυνάμεις. Μετά τη μεταβατική

περίοδο, το άτομο μαθαίνει να ζει και να απολαμβάνει την καινούρια κατάσταση, να αναπτύσσει δραστηριότητες και να αναλαμβάνει νέους ρόλους, όπως της ανιδιοτελούς προσφοράς, κυρίως προς την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα μέσα στην οποία ζει (Α. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999: 230).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης και γήρανσης του πληθυσμού, που παρατηρείται έκδηλα κυρίως στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου, έχει φέρει στην επιφάνεια την ανάγκη συστηματικής καταγραφής, μελέτης και αντιμετώπισης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας. Κατά κύριο λόγο τα προβλήματα αυτά απορρέουν από τη συσσώρευση των συμπτωμάτων της πνευματικής και της σωματικής κάμψης, που συνοδεύουν την γήρανση (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 31).

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες - λόγω του ότι δεν είναι πλέον αποδοτικοί παραγωγικά – με αποτέλεσμα να τίθενται άμεσα ή έμμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Αυτή η κατάσταση τους ωθεί συνήθως σε δογματισμούς, δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια. Στην πραγματικότητα όμως, η αυξημένη λόγω ηλικίας νοσηρότητα σε συνδυασμό με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αναφέρονται, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε αποδιοργάνωση και συντελούν στη διαμόρφωση ενός ιδιόμορφου ψυχισμού, ο οποίος με τη σειρά του περιορίζει τις πιθανότητες διεξόδου από τα προβλήματα αυτά (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 41).

### 2.1. Κοινωνικά προβλήματα

Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής:

1. *Οικονομικά προβλήματα*: Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 42).
2. *Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος*: Η διαβίωση των ηλικιωμένων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των περισσότερων κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση, αναγκάζει τα

ηλικιωμένα άτομα να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και που λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 42).

3. *Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης*: Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών, δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες που σχετίζονται με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, τη διατροφή και την ένδυση. Οι παραπάνω ανάγκες καλύπτονται επαρκώς, στην περίπτωση που το ηλικιωμένο άτομο βρίσκεται κάτω από την προστασία και την φροντίδα στενών συγγενών του. Όταν αυτό δε συμβαίνει, τότε δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, τα οποία επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα, που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές, η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα έναντι οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα και για αυτό θα πρέπει να αποτελεί πάντα την έσχατη λύση (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 42).

4. *Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας*: Τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, είναι ιδιαίτερα ψηλά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δυσκολεύει την επικοινωνία των υπερηλικών με άτομα νεαρής ηλικίας. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός τους καταδικάζει σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 42).

Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση, που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Υπάρχει όμως και ένα μεγάλο μέρος των υπερηλικών που δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 43).

5. *Στάση κοινωνίας – οικογένειας*: Το βασικότερο κοινωνικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους είναι η στάση των μελών της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα απέναντι στην Τρίτη Ηλικία. Από τη μια πλευρά, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός η φθορά του θεσμού της οικογένειας. Η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας με το γάμο και την αναχώρηση των παιδιών και η απώλεια του γονεϊκού ρόλου, επιτείνει το αίσθημα μείωσης της κοινωνικής εκτίμησης (Γ. Γουρνάς, 1993:165). Από την άλλη, τα παιδιά διαφέρουν στην προθυμία τους να διατηρήσουν επαφή, όχι μόνο με τους γονείς που αντιμετώπισαν δυσκολίες, αλλά και με γονείς που είχαν «καλές» σχέσεις. Γενικά οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να αισθάνονται ότι γίνονται «βάρους» στα παιδιά τους. Μερικοί δεν έχουν κανενός είδους επαφή με τα παιδιά τους, ούτε με τα αδέρφια ή τους λοιπούς συγγενείς τους. Και φυσικά, υπάρχει μία μερίδα που δεν έχει παιδιά ή συγγενείς και αυτή η ομάδα χρειάζεται ιδιαίτερη βοήθεια και φροντίδα (P. Rappoport, 1981: 112).

Συχνά επίσης, η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται - κατά κανόνα - από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας της πολύ διαδεδομένης άποψης, ότι η έννοια «γηρατεία» είναι συνώνυμη της μοναξιάς, της απομόνωσης, της εξάρτησης, της ανάγκης για προστασία και βοήθεια και της έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων. Δηλαδή η κοινωνία διατηρεί απωθητική στάση, μειώνοντας την ηθική αξία του ηλικιωμένου, κυρίως λόγω της μη αποδοτικότητας και συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν τους ηλικιωμένους σε ανάλογη στάση και αντιδράσεις. Πολλές φορές λοιπόν, η μη δραστηριοποίηση και η συμπεριφορά του υπερήλικα προκύπτει, πρώτα από τις αρνητικές κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει και κατά δεύτερο λόγο από τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια. Έτσι σε αρκετές περιπτώσεις, η κοινωνία περιθωριοποιεί το ηλικιωμένο άτομο και σφραγίζει την οριστική παρακμή του, μέσω του κοινωνικού αποκλεισμού (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.:19-20).

## **2.2. Προβλήματα υγείας**

Οι ηλικιωμένοι, εκτός από τα κοινωνικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν επίσης διάφορα προβλήματα υγείας, που έχουν όμως αντίκτυπο και στον ψυχοσυναισθηματικό τους κόσμο. Τα προβλήματα αυτά είναι ως ένα σημείο

φυσιολογική συνέπεια της ηλικίας, αλλά η έναρξη και η βαρύτητά τους ποικίλλει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον, μέσα στο οποίο ζουν.

Σε αυτήν την ηλικία τα άτομα είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις σωματικές και τις ψυχολογικές διαταραχές, που έρχονται μαζί με τα γηρατειά. Ασθένειες όπως η αρτηριοσκλήρωση, η ουρία του αίματος, ο διαβήτης και τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι πολύ πιθανά, σε συνδυασμό με τα ατυχήματα και τους τραυματισμούς από πτώσεις. Οι πιο φτωχοί μπορεί να υποφέρουν από υποσιτισμό και υποθερμία το χειμώνα. Συχνό στους υπερήλικες είναι και το πρόβλημα της ακράτειας (P. Rappoport, 1981: 121).

Με τη συνεχή αύξηση των ηλικιωμένων πληθαίνουν και τα προβλήματα που έχουν ως βάση το σκελετό και ειδικότερα την οστεοπόρωση και την οστεοαρθρίτιδα. Ιδιαίτερα για την οστεοπόρωση υπαίτιος θεωρείται ο σύγχρονος τρόπος ζωής (καθιστική ζωή, κάπνισμα, αλκοολισμός, διατροφή χαμηλή σε ασβέστιο). Διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει ότι ο ελληνικός πληθυσμός έχει ιδιαίτερα χαμηλές τιμές οστικής πυκνότητας και για τις γυναίκες αυτό αποδίδεται στην πρωιμότερη εμμηνόπαυση και στη μειωμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Συνέπεια της οστεοπόρωσης είναι τα συχνά κατάγματα.

Η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα έχει υποχωρήσει, ενώ έχει επέλθει σημαντική αύξησή της από νοσήματα φθοράς. Στην Ελλάδα τα αίτια θνησιμότητας στη γεροντική ηλικία είναι κυρίως οι αγγειοκαρδιακές παθήσεις, τα νεοπλάσματα και τα ατυχήματα (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 22).

Η συντριπτική πλειοψηφία αντιμετωπίζει μία τουλάχιστον χρόνια παθολογική κατάσταση, η οποία ενδέχεται να συνυπάρχει με ψυχιατρικές διαταραχές. Η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση μιας παθολογικής κατάστασης μπορεί να οδηγήσει στην έκλυση ψυχιατρικών συνδρόμων, αλλά και η χρήση ψυχοφαρμάκων με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει ή να επιτείνει κάποιο παθολογικό πρόβλημα (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 37).

Τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι:

- ✓ Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα
- ✓ Νεοπλάσματα
- ✓ Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα
- ✓ Νοσήματα αίματος

- ✓ Ψυχικές διαταραχές
- ✓ Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητήριων οργάνων
- ✓ Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος
- ✓ Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
- ✓ Νοσήματα πεπτικού συστήματος
- ✓ Νοσήματα ουροποιογενετικού συστήματος
- ✓ Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού
- ✓ Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού
- ✓ Συγγενείς ανωμαλίες
- ✓ Καταστάσεις προερχόμενες από περιγενετική περίοδο
- ✓ Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις
- ✓ Κακώσεις και δηλητηριάσεις

(Παγκόσμια Κατάταξη Υγείας, Mohaw – Παγκόσμια Οργάνωση για την Υγεία – Ευρώπη, [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr), [www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr), [www.uti.gr/doc/gr](http://www.uti.gr/doc/gr), [www.poy.gr](http://www.poy.gr), <http://news/duncher.pathfinder.gr>)

### **2.3. Ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα**

Η Τρίτη Ηλικία στην πλειοψηφία της, εκδηλώνει ψυχοδιανοητικές μεταβολές, η ένταση των οποίων ποικίλλει κατά περίπτωση και αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Επίσης εμφανίζει διαταραχές της συμπεριφοράς, που είναι αλληλένδετες με τα προβλήματα υγείας (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 37).

Οι συναισθηματικές μεταβολές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα η κατάσταση της υγείας, η κοινωνική θέση, οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, οι φιλοσοφικές θέσεις για τη ζωή και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 38).

Ένας επιβαρυντικός παράγοντας για την ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων είναι το ψυχολογικό στρες. Το ψυχολογικό στρες ή η ψυχολογική πίεση περιλαμβάνει τις αρνητικές γνωστικές και συναισθηματικές καταστάσεις που ανακύπτουν, όταν το άτομο αισθάνεται ότι δεν επαρκούν οι δυνάμεις και οι ικανότητές του, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής. Η ψυχολογική πίεση εμφανίζεται, όταν ο ηλικιωμένος αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως απειλητικό και νιώθει μπροστά σε αυτό πιεσμένος, ανήμπορος και αβοήθητος. Η πίεση και η ένταση αυξάνουν, όταν η

κατάσταση περιλαμβάνει απώλεια ή απειλή απώλειας κάποιου πράγματος που έχει ιδιαίτερη αξία για το άτομο, όπως η εργασία, η υγεία του ίδιου ή αγαπημένων του προσώπων (Α. Ευκλείδη, 1999: 93).

Ορισμένοι ερευνητές δέχονται ότι ο οργανισμός που γερνά, χαρακτηρίζεται από μειωμένη αντίσταση στις ψυχοπρεστικές καταστάσεις. Οι ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά τέτοιων καταστάσεων και γενικότερα σημαντικών μεταβολών στη ζωή τους, όπως είναι η συνταξιοδότηση, η μοναξιά, η απομόνωση και η ασθένεια ή ο θάνατος προσφιλούς προσώπου. Αναμφίβολα, ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως του συζύγου, παιδιών, άλλων συγγενών και φίλων, θεωρείται ότι αποτελεί την πλέον σημαντική απώλεια για το άτομο, με πλήθος δυσάρεστων συνεπειών σε όλους τους τομείς της ζωής του. Όταν η χηρεία συνοδεύεται και από άλλα επώδυνα γεγονότα, όπως οικονομικές δυσκολίες, απώλεια ρόλων και άλλα, πιθανόν να προκαλέσει επιδείνωση της ψυχικής υγείας ή ακόμα και ψυχική ασθένεια (Γ. Γουρνάς, 1993:165).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΟΙΑ

### 3.1. Ορισμός και γενικά χαρακτηριστικά

Η άνοια, ή προοδευτική αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη, είναι μια διανοητική διαταραχή που προέρχεται γενικά από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο (J. Walton, 1984: 152). Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, ωστόσο στις περιπτώσεις άνοιας, εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου.

Το σύνδρομο της άνοιας είναι συνήθως εξελικτικό ή χρόνιο, και διαπιστώνεται σε αυτό η διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Στις λειτουργίες αυτές συμπεριλαμβάνονται: η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και κρίση. Εντούτοις δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης.

Οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών συνοδεύονται συχνά (και μερικές φορές προαναγγέλλονται κιόλας) από τη μείωση του ελέγχου του συναισθήματος, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. Το σύνδρομο εμφανίζεται στην νόσο του Alzheimer, σε αγγειακή εγκεφαλική νόσο και σε άλλες καταστάσεις που επηρεάζουν τον εγκέφαλο πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 56). Ο όρος «πρωτοπαθής» χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη δυσλειτουργία που μπορεί να υπάρχει σε περιπτώσεις νόσων, τραυματισμών και βλαβών, τα οποία προσβάλλουν τον εγκέφαλο κατευθείαν ή κατά προτίμηση. Ο όρος «δευτεροπαθής» υποδηλώνει τη δυσλειτουργία από συστηματικές νόσους και διαταραχές, στις οποίες η προσβολή του εγκεφάλου αποτελεί ένα από τα πολλαπλώς προσβαλλόμενα από τη νόσο όργανα ή συστήματα του σώματος (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992).

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, υπάρχει η τάση σε παγκόσμια κλίμακα να παρουσιάσουν οι ηλικιωμένοι γνωστική διαταραχή με ποσοστό 25%, γεγονός που με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε άνοια. Άτομα άνω των 65 ετών εμφανίζουν άνοια σε ποσοστό 5% περίπου. Αυτό το ποσοστό διπλασιάζεται ανά 5ετία, δηλαδή άτομα ηλικίας 70 - 74 ετών θα έχουν άνοια σε ποσοστό 10%, άτομα ηλικίας από 75 - 79 θα παρουσιάσουν άνοια σε ποσοστό 20% κ.ο.κ. (Μάνος, Ν., 1999: 269, Ρηγοπούλου Σ., 2005, Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς: 52- 54).

### 3.2. Παράγοντες κινδύνου

Α) Γενετικοί παράγοντες. Το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21, το γονίδιο της προσενιλίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1, ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της οικογενούς μορφής της άνοιας τύπου Alzheimer. Τα συγκεκριμένα γονίδια, εφόσον υποστούν μεταλλάξεις σε οποιοδήποτε σημείο τους, παρουσιάζουν διαταραχές του μεταβολισμού του APP και αύξηση της παραγωγής του πεπτιδίου Αβ42 αμυλοειδούς, το οποίο ακολούθως εναποτίθεται στις πλάκες του εγκεφάλου ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer. Πάνω στη συγκεκριμένη διεργασία βασίζεται η κύρια υπόθεση για την παθογένεια της νόσου, η οποία υποστηρίζει σαν αιτία την υπερπαραγωγή ή την αδυναμία αποδόμησης του Αβ42 αμυλοειδούς (Ι. Δαρδαβέσης, 2005: 31, Μ. Τσολάκη, 1999).

Β) Δημογραφικοί παράγοντες. Μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων κινδύνου έχει αποσαφηνιστεί η σύνδεση της αύξησης του επιπολασμού της νόσου με την πρόοδο της ηλικίας και ιδιαίτερα με το ηλικιακό όριο των 65 ετών και άνω.

Ως προς το φύλο, έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες η άποψη ότι, η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες σε μεγαλύτερη συχνότητα, με βαρύτερη εξελικτική πορεία και περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα.

Το μορφωτικό επίπεδο συνδεόμενο με την εκπαίδευση ως δημογραφικά χαρακτηριστικά, αποτελούν ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, το οποίο όμως δεν έχει οδηγήσει ακόμα σε σαφή συμπεράσματα (Ι. Δαρδαβέσης, 2005: 32, Μ. Τσολάκη, 1999).

Είναι βέβαιο ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και αποτελούν συνδυαστικά ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας. Παρόλα αυτά, είναι γεγονός ότι έχουν προσβληθεί με άνοια τύπου Alzheimer άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και αυτό φανερώνει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του συγκεκριμένου παράγοντα (Ι. Δαρδαβέσης, 2005: 33, Μ. Τσολάκη, 1999).

Γ) Κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες. Η ποιότητα και ένταση της εργασίας, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ, αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και συνήθειες, που ερευνώνται προκειμένου να

αποσαφηνιστεί η σχέση τους με την άνοια (Ι. Δαρδαβέσης, 2005: 33, Μ. Τσολάκη, 1999).

Δ) Ψυχοσωματικοί παράγοντες – Παθήσεις – Κακώσεις. Πορίσματα διάφορων επιδημιολογικών μελετών υποστηρίζουν ότι, η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια, καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας τύπου Alzheimer. Επίσης, έχει τεκμηριωθεί ότι ο πλέον συνήθης τύπος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι το κενοτοπιώδες, ο οποίος συσχετίζεται με την εγκεφαλική άνοια. Ως προς την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τα δεδομένα είναι ότι από μόνη της δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια τύπου Alzheimer, εκτός από την περίπτωση που συνδυάζεται με την παρουσία του αλληλόμορφου γονίδιου ε4 της APOE.

Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, που είναι δυνατό να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα (Ι. Δαρδαβέσης, 2005: 33, Μ. Τσολάκη, 1999).

### 3.3. Προφυλακτικοί παράγοντες

Μεταξύ των προφυλακτικών παραγόντων της άνοιας συγκαταλέγονται τα εξής:

- **Εργασία.** Η εργασιακή απασχόληση και η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου, συνεισφέρουν στη ψυχοσωματική εγρήγορση και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του ατόμου σε επαρκές επίπεδο.
- **Διατροφή.** Οι ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες αποτελούν βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας του ατόμου.
- **Αλκοόλ.** Η κατανάλωση διαφόρων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του οίνου, χωρίς υπερβάσεις και σε συνδυασμό με τη λήψη κανονικών γευμάτων, πιθανόν να συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια.
- **Κάπνισμα.** Η καπνιστική συνήθεια έχει διαπιστωθεί ότι προσφέρει συνεχή διέγερση στον εγκέφαλο των καπνιστών, με αποτέλεσμα να καθυστερεί την εκδήλωση της νόσου. Εντούτοις η κατάχρηση δημιουργεί άλλα προβλήματα, όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακά.
- **Συστολική πίεση.** Η αντιμετώπιση της υπέρτασης φαίνεται να συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστό που αγγίζει μέχρι και το 50%.

- **Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.** Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξελικτικής πορείας της άνοιας, φαίνεται ότι επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.
- **Υποκατάσταση με οιστρογόνα.** Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της άνοιας του Alzheimer, και επιπλέον μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται η νευρωνική επανόρθωση και δυνητικά συντελείται επιβράδυνση ή και πρόληψη της νόσου (I. Δαρδαβέσης, 2005: 34, Μ. Τσολάκη, 1999).

### **3.4. Καταστάσεις που συγχέονται με την άνοια**

Βασικός στόχος του γιατρού πρέπει να είναι η διάκριση μεταξύ των πραγματικά παθολογικών διανοητικών διαταραχών και των απλών διανοητικών παρεκκλίσεων της γεροντικής ηλικίας. Επίσης, είναι αναγκαίο να γίνεται διάκριση μεταξύ των αντιστρεπτών και μη αντιστρεπτών περιπτώσεων «άνοιας». Οι αντιστρεπτές καταστάσεις ανευρίσκονται σε άτομα με «ψευδοάνοια» και συχνά υποκρύπτεται μία από τις ακολούθως καταγεγραμμένες παθήσεις, η θεραπεία των οποίων εξαφανίζει άμεσα τις διανοητικές διαταραχές, πράγμα αδύνατο στην πραγματική άνοια (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 58).

Οι καταστάσεις που συγχέονται συνήθως με την πραγματική άνοια είναι οι εξής:

1. Φαρμακευτική τοξικότητα (ηρεμιστικά, αντιχολινεργικά, υπνωτικά, ψυχοφάρμακα, αντιπαρκινσωτικά, διουρητικά, αντιυπερτασικά, δακτυλίτις)
2. Κατάθλιψη
3. Μεταβολικά νοσήματα (ουραιμία, υπονατριαιμία, υπερνατριαιμία, αφυδάτωση, διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας, υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, ηπατική ανεπάρκεια, υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, υπερασβεστιαίμια, σύνδρομο Cushing, νόσος Addison, παθήσεις υποφύσεως, υποξία ή υπερκαπνία από πνευμονοπάθεια)
4. Λοιμώξεις – πυρετός (πνευμονία, ουρολοίμωξη, χολοκυστίτις, φυματίωση, μηνιγγίτις, νευροσύφιλη, ενδοκαρδίτις, εκκολπωματίτις)
5. Παθήσεις καρδιαγγειακού (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, πνευμονική εμβολή)

6. Παθήσεις εγκεφάλου (παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, διάσειση, εγκεφαλική αιμορραγία, επισκληρίδιο αιμάτωμα, όγκοι εγκεφάλου)
  7. Πόνος (κάταγμα, εγχείρηση, επίσχεση ούρων, ενσφήνωση κοπράνων)
  8. Αισθητηριακές διαταραχές (τύφλωση, βαρηκοΐα)
  9. Αλλαγή περιβάλλοντος (νοσοκομείο, αλλαγή σπιτιού, απομόνωση)
  10. Αλκοολισμός ή γενικευμένες καρκινικές καταστάσεις
  11. Αναιμία (έλλειψη βιταμίνης B<sub>12</sub>, φυλλικού οξέως, νιασίνης, σιδήρου)
  12. Δηλητηρίαση (βαρέα μέταλλα – As, Pb, Hg – CO και άλλα)
- (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989: 58, Σ. Καπρίνης, 2005, Η. Rubinstein, 2000)

### 3.5. Διάγνωση της άνοιας

Κύρια προϋπόθεση για τη διάγνωση της άνοιας είναι η ύπαρξη ενδείξεων έκπτωσης, τόσο στη μνήμη όσο και στη σκέψη, οι οποίες είναι αρκετά έντονες ώστε να παραβιάζουν τις προσωπικές δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή, όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Η μείωση της μνημονικής ικανότητας τυπικά επηρεάζει την εγγραφή, την αποθήκευση και την ανάκληση νέων πληροφοριών. Όμως, ακόμη και μνημονικό υλικό οικείο προς το άτομο, του οποίου η εκμάθηση ανήκει στο παρελθόν, μπορεί να χαθεί, ιδιαίτερα στα όψιμα στάδια της διαταραχής. Η άνοια αποτελεί πιο σοβαρή κατάσταση σε σύγκριση με τη δυσμνησία. Στην άνοια, εκτός από τη μνημονική διαταραχή, υπάρχει και η διαταραχή της σκέψης και της ικανότητας κρίσης, όπως και μείωση στη ροή των ιδεών. Η επεξεργασία των εισερχόμενων πληροφοριών παραβιάζεται, με αποτέλεσμα το άτομο να έχει όλο και μεγαλύτερη δυσκολία να παρακολουθήσει περισσότερα από ένα ερεθίσματα ταυτόχρονα, να πάρει μέρος σε μια συζήτηση με αρκετά άτομα και να μεταθέσει την εστία της προσοχής του από ένα θέμα σε άλλο. Εάν η άνοια αποτελεί τη μόνη διάγνωση, προϋποτίθεται η ύπαρξη ακεραιότητας της διαύγειας της συνείδησης. Ωστόσο η διπλή διάγνωση του delirium, το οποίο επικάθεται σε άνοια, είναι συχνή. Τα παραπάνω συμπτώματα και διαταραχές πρέπει να διαρκούν εμφανώς τουλάχιστον επί 6 μήνες, ώστε να τεθεί βάσιμα η κλινική διάγνωση της άνοιας. (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 58, Μ. Τσολάκη, 1999).

### 3.6. Διαφορική διάγνωση

Ο επαγγελματίας που πρόκειται να κάνει διάγνωση οφείλει να λάβει υπόψη του:

α) την καταθλιπτική διαταραχή, στην οποία μπορεί να υπάρχουν πολλά από τα χαρακτηριστικά των πρώτων σταδίων της άνοιας, ιδιαίτερα οι διαταραχές της μνήμης, η επιβράδυνση της σκέψης και η έλλειψη αυθορμητισμού, β) το delirium, γ) την ελαφρά ή μέτρια νοητική καθυστέρηση, δ) τις καταστάσεις, κατά τις οποίες το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών είναι κάτω του φυσιολογικού, που μπορούν να αποδοθούν σε σοβαρή «ένδεια» του κοινωνικού περιβάλλοντος και σε έλλειψη εκπαίδευσης ή σε περιορισμένη εκπαίδευση, ε) τις ιατρογενείς ψυχικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται σε φαρμακευτική αγωγή (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 58).

### 3.7. Εικόνα ασθενούς - συμπτώματα

Ένα πρώτο σημείο της ανοϊκής διεργασίας μπορεί να είναι ένα σφάλμα στην κρίση του ασθενούς, που δεν συμβιβάζεται με την προηγούμενη ικανότητά του, ή αδυναμία να συλλάβει όλα τα ενδεχόμενα σε μια δύσκολη κατάσταση. Ακολούθως αρχίζει η διαταραχή της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα, ξαχνά εύκολα, είναι αδύνατο να συγκεντρωθεί και η προσοχή του είναι διασπασμένη. Μετά παρατηρείται συναισθηματική αστάθεια, που συνεχώς αυξάνεται με γέλια ή κλάματα σε απρόσφορες στιγμές ή με ευερεθιστότητα και παράλογες παρορμητικές πράξεις, με έντονες μεταβολές του συναισθήματος (υπερθυμία ή απάθεια). (J. Walton, 1984: 152)

Άλλα συμπτώματα που διαφαίνονται στον ασθενή είναι: η εύκολη κόπωση, η έλλειψη κινήτρων, η απώλεια ενδιαφερόντων, η αυξανόμενη συναισθηματική αστάθεια, το άγχος, διάφορα υποχονδριακά καταθλιπτικά στοιχεία και η παρανοϊκή σκέψη. Ακόμα εμφανίζονται διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών, όπως είναι η ελάττωση της ικανότητας για αντίληψη, προσοχή, μνημοποίηση, προσανατολισμό, συγχυτικές καταστάσεις, ψυχωτικές παραισθητικές ή ψευδαισθητικές καταστάσεις μέχρι πλήρους άνοιας.

Ανάλογα με την αιτιολογία, τα ψυχιατρικά συμπτώματα συνοδεύονται από αντίστοιχα νευρολογικά, όπως στοιχεία από επαναλαμβανόμενα μικρά εγκεφαλικά επεισόδια, ημιπαρέσεις ή ημιπληγίες, αφασικές διαταραχές, εξωπυραμιδικό τρόμο, επιληπτικά επεισόδια και άλλα.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα παρουσιάζει συνήθως γενικές διαταραχές της αγωγιμότητας. Το πνευμονοεγκεφαλογράφημα επιδεικνύει στοιχεία εσωτερικού υδροκεφάλου, ενώ η αξονική τομογραφία τις περισσότερες φορές εμφανίζει γενικευμένες ατροφικές βλάβες του εγκεφαλικού ιστού (Ε.Γ. Παπαγεωργίου, χ.χ.).

Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται οι διάφορες υποκατηγορίες της άνοιας και τα χαρακτηριστικά της καθεμίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ

### 4.1. Άνοια τύπου Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer είναι μια προοδευτική νεοεκφυλιστική νόσος, με κλινικά χαρακτηριστικά και νευροπαθολογικά ευρήματα. Έχει ύπουλη έναρξη, βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου, τα οποία έχουν ως συνέπεια την διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεών του. Πήρε το όνομά της από τον Alois Alzheimer, Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και τα νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, όπως είναι οι πλάκες και οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο (Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών). Ωστόσο, παρατηρούνται διαφορές από άτομο σε άτομο, αναφορικά με την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση της νόσου είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια.

Η νόσος του Alzheimer έχει μεγάλη συχνότητα. Στην Ελλάδα ο αριθμός νοσούντων από Alzheimer είναι 46.000 άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, με επιπολασμό 6% και επίπτωση 3%. Επομένως το γήρας και η νόσος του Alzheimer αποτελούν δύο σοβαρά σύγχρονα προβλήματα. Είναι γνωστό μάλιστα, ότι η συγκεκριμένη νόσος είναι η τέταρτη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων (Μ. Τσολάκη, 1999: 319). Διεθνείς έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι γυναίκες προσβάλλονται από τη νόσο του Alzheimer σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (Η. Rubinstein, 2000).

#### Παράγοντες κινδύνου

Η νόσος Alzheimer είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα «σύνθετης» διαταραχής. Οι εξ ορισμού σύνθετες διαταραχές προκύπτουν από τη συμβολή ενός ή περισσότερων γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αν και η αιτιολογία της νόσου Alzheimer δεν έχει ακόμα καθοριστεί, έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου όπως:

**Η ηλικία.** Έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία, τόσο ώστε τα ποσοστά πασχόντων από Alzheimer σε ηλικία πάνω από τα 85 έτη, φτάνουν το 28 – 47%. Η προγεροντική και η γεροντική νόσος του Alzheimer έχουν



την ίδια κλινική και νευροπαθολογική εικόνα, με τη διαφορά ότι η πρώτη αρχίζει την 5<sup>η</sup> και 6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής, ενώ η δεύτερη αρχίζει την 7<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> δεκαετία, μερικές φορές νωρίτερα, αλλά σπανίως αργότερα (Μ. Τσολάκη, 1999: 320).

**Το οικογενειακό ιστορικό** πολλών προσβεβλημένων συγγενών πρώτου βαθμού τετραπλασιάζει τον σχετικό κίνδυνο. Το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης Ε (APOE) αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για τη σποραδική και για την οικογενή όψιμη νόσο Alzheimer. Ωστόσο το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο δεν είναι ούτε απαραίτητο ούτε επαρκές για να προκαλέσει τη νόσο.

Άλλοι ενδεχόμενοι προδιαθετικοί παράγοντες είναι το **γυναικείο φύλο**, που όμως από πολλούς αμφισβητείται με το επιχείρημα ότι ο μέσος όρος ζωής της γυναίκας είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του άνδρα, το **χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης** που είναι αμφιλεγόμενο, αλλά σήμερα το αποδέχονται οι περισσότεροι, η **παλαιά κρανιοεγκεφαλική κάκωση** (αμφιλεγόμενο), το **έμφραγμα του μυοκαρδίου** (αμφιλεγόμενο) και η **κατάθλιψη**, η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τον ελληνικό πληθυσμό, αλλά φαίνεται ότι είναι παράγοντας κινδύνου και για άλλους λαούς. Η **ηλικία του πατέρα**, το **οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου Down**, και η **νόσος του Parkinson**, είναι επίσης αμφιλεγόμενοι παράγοντες κινδύνου (Μ. Τσολάκη, 1999: 320).

### **Προφυλακτικοί Παράγοντες**

Ανάμεσα στους προφυλακτικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται: η χρήση οιστρογόνων από γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο μετά την εμμηνόπαυση, τα στεροειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και πιθανώς τα αντιοξειδωτικά και άλλα συμπληρώματα διατροφής, τα οποία σχετίζονται με χαμηλό κίνδυνο της νόσου του Alzheimer και ίσως να αποτελούν θεραπευτικές παρεμβάσεις. Θα πρέπει να γίνουν μελέτες πρωτογενούς προφύλαξης σε μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που δεν έχουν υψηλό κίνδυνο να πάθουν τη νόσο και μελέτες δευτερογενούς προφύλαξης σε ασυμπτωματικά άτομα που είναι φορείς των υπεύθυνων γονιδίων. Στόχος όλων αυτών των παρεμβάσεων είναι να ελαττωθεί η επίπτωση της νόσου, αλλά αρχικά το ενδιαφέρον έγκειται στο να καθυστερήσει η έναρξη της νόσου για μερικά χρόνια (Μ. Τσολάκη, 1999: 321, Η. Rubinstein, 2000).

## **Διάγνωση της άνοιας τύπου Alzheimer**

Με βάση κριτήρια βαρύτητας, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (3<sup>η</sup> έκδοση αναθεωρημένη), η νόσος του Alzheimer διακρίνεται σε: α) Ήπια, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και στις κοινωνικές υποχρεώσεις, εντούτοις παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή. β) Σε μέσης βαρύτητας, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική, και γ) Σοβαρή, όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη διότι υπάρχει αδυναμία για τη διατήρηση έστω και στοιχειώδους προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής είναι ή ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης (Μ. Τσολάκη, 1999: 322).

Οι υπότυποι της άνοιας επί νόσου Alzheimer περιλαμβάνουν: α) την άνοια επί νόσου Alzheimer με πρόωμη έναρξη, β) την άνοια επί νόσου Alzheimer με όψιμη έναρξη, γ) την άνοια επί νόσου Alzheimer άτυπου ή μεικτού τύπου και δ) την άνοια επί νόσου Alzheimer μη καθοριζόμενη (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 61-2).

**Διαφορική διάγνωση:** Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπόψη του: α) την καταθλιπτική διαταραχή, β) το delirium, γ) το οργανικό αμνησιακό σύνδρομο, δ) άλλες πρωτοπαθείς άνοιες, όπως η νόσος του Pick, η νόσος των Creutzfeldt – Jacob ή η νόσος του Huntington, ε) τις δευτερογενείς άνοιες που έχουν σχέση με ποικιλία σωματικών νόσων, τοξικών καταστάσεων και άλλα, στ) την ελαφρά, μέτρια ή σοβαρή νοητική καθυστέρηση.

Η άνοια επί νόσου Alzheimer μπορεί να συνυπάρχει με αγγειακή άνοια, όπως και στην περίπτωση που επιπροστίθενται αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (πολυεμφρακτικά φαινόμενα) σε κλινική εικόνα και ιστορικό, τα οποία υποδηλώνουν τη νόσο του Alzheimer. Τέτοια επεισόδια μπορεί να έχουν σαν συνέπεια απότομες εξάρσεις των χαρακτηριστικών της άνοιας (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 61).

### **4.2. Αγγειακή – πολυεμφρακτική άνοια**

Η αγγειακή άνοια, διαχωρίζεται από την άνοια τύπου Alzheimer από το ιστορικό έναρξης, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την επακολουθούσα πορεία. Η άνοια μπορεί επίσης να ακολουθεί μια σειρά οξέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ή,

λιγότερο συχνά, μονήρες μείζον αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Κατά κύριο λόγο, πρόκειται για το αποτέλεσμα εγκεφαλικών εμφράκτων, τα οποία οφείλονται σε αγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της υπερτασικής αγγειακής εγκεφαλικής νόσου (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 62).

Τα συνοδά χαρακτηριστικά της αγγειακής άνοιας είναι: υπέρταση, φύσημα των καρωτίδων, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα ή εκρηκτικοί γέλωτες και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης ή delirium, τα οποία συχνά προκαλούνται από νέο έμφρακτο. Η προσωπικότητα θεωρείται ότι διατηρείται σε σχετικά καλή κατάσταση. Σε ένα όμως ποσοστό των περιπτώσεων μπορεί να εμφανιστούν οι ακόλουθες μεταβολές στην προσωπικότητα: απάθεια, έλλειψη αναστολών ή επίταση των χαρακτηριστικών της προηγούμενης προσωπικότητας, όπως εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστότητα (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 63).

Σύμφωνα με το ICD-9-CM, η αγγειακή είναι ο μόνος τύπος άνοιας, στον οποίο χρησιμοποιούνται υπότυποι για να δείξουν την παρουσία σημαντικών σχετιζόμενων συμπτωμάτων. Οι υπότυποι που θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για να δείξουν το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της παρούσας κλινικής εμφάνισης είναι οι εξής: α) παραλήρημα, β) παραληρητικές ιδέες, γ) καταθλιπτικό συναίσθημα, δ) διαταραχές της συμπεριφοράς και ε) μη επιπελεγμένη (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 134).

Η έναρξη της αγγειακής άνοιας είναι τυπικά αιφνίδια και ακολουθείται από μία σταδιακή και κυμαινόμενη πορεία, η οποία χαρακτηρίζεται περισσότερο από απότομες αλλαγές της λειτουργικότητας παρά από μία βραδεία εξέλιξη. Η πορεία, εντούτοις, μπορεί να είναι μεταβλητή, να έχει ύπουλη έναρξη και πιθανόν μία σταδιακή επιδείνωση. Η έγκαιρη θεραπεία της υπέρτασης και της αγγειακής νόσου ενδέχεται να προλάβει την περαιτέρω εξέλιξη (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 135).

Η έναρξη της αγγειακής άνοιας είναι τυπικά πρωιμότερη από εκείνη της άνοιας τύπου Alzheimer. Η διαταραχή εμφανίζεται συνήθως, περισσότερο στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 135).

**Διαφορική διάγνωση:** Πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν: α) το delirium, β) άλλη άνοια, ιδιαίτερα επί νόσου του Alzheimer, γ) οι συναισθηματικές διαταραχές, δ) η ελαφριά ή μέτρια νοητική καθυστέρηση, ε) η υποσκληρίδια αιμορραγία (τραυματική και μη τραυματική). (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 63)

### **4.3. Άνοια με σωματίδια του Lewy**

Η άνοια αυτού του τύπου εμφανίστηκε μόλις τα τελευταία χρόνια. Το ενδιαφέρον ξεκίνησε από την ανεύρεση σωματίων του Lewy στους νευρώνες του φλοιού ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer. Το ουσιώδες χαρακτηριστικό αυτού του τύπου άνοιας, είναι η προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σε τέτοιο μέγεθος που να παρεμβαίνει στη φυσιολογική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Στα πρώιμα στάδια της νόσου μπορεί να μην υπάρχει διακεκριμένη ή επίμονη διαταραχή της μνήμης, αλλά συνήθως εκδηλώνεται κατά την πρόοδο της νόσου. Ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα διακεκριμένα ελλείμματα στα τεστ της προσοχής, των μετωπιαίων επιδεξιοτήτων και της οπτικο-χωρικής ικανότητας. Το παθολογοανατομικό εύρημα που είναι απαραίτητο για τη διάγνωση της νόσου, είναι η παρουσία σωματίων του Lewy στον υποφλοιό και στον φλοιό. Η μεγάλη ετερογένεια των συμπτωμάτων, καθιστά δύσκολη την κλινική διάγνωση, ακόμα και με τη χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 136).

### **4.4. Μετωποκροταφική άνοια**

Σε αυτήν την κατηγορία υπάγονται ορισμένα ανοϊκά σύνδρομα, τα οποία παθολογοανατομικά χαρακτηρίζονται από προοδευτική εκφύλιση ενός ή περισσότερων λοβών του εγκεφάλου (μετωπιαίων και κροταφικών). Λόγω της μεγάλης ετερογένειας ως προς την κλινική εικόνα και τα παθολογοανατομικά ευρήματα των ασθενών, ορισμένοι ερευνητές προτείνουν τον όρο «μετωπιαίες» ή «μετωποκροταφικές άνοιες» (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 137).

### **4.5. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Pick**

Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της άνοιας αυτού του τύπου, είναι ότι η παρουσία της εκτιμάται ως άμεσο παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της νόσου του Pick. Η νόσος του Pick είναι μία εκφυλιστική νόσος, που προσβάλλει ειδικά το μετωπιαίο και τον κροταφικό λοβό. Χαρακτηρίζεται κλινικά από αλλαγές στην προσωπικότητα στα πρώιμα στάδια της νόσου, επιδείνωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, άμβλυση του συναισθήματος, άρση των αναστολών της συμπεριφοράς και προεξάρχουσες διαταραχές του λόγου. Στην πορεία συνήθως ακολουθούν δυσκολίες με τη μνήμη,

απραξία και άλλα γνωρίσματα της άνοιας. Ενδέχεται να εμφανίζονται προεξάρχοντα πρωτόγονα αντανακλαστικά (απομύζησης, θηλασμού, σύλληψης). Καθώς η άνοια εξελίσσεται, μπορεί να συνοδεύεται από απάθεια ή υπερβολική διέγερση. Οι ασθενείς μπορεί να αναπτύσσουν διαταραχές στη γλώσσα, την προσοχή και τη συμπεριφορά τόσο σημαντικές, ώστε να είναι ίσως δύσκολο να εκτιμηθεί ο βαθμός της γνωστικής έκπτωσης (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 138).

Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 50 και 60 ετών. Συχνά δε μπορεί να διακριθεί με σιγουριά από μη τυπικές μορφές της άνοιας τύπου Alzheimer ή από άλλες που προσβάλλουν το μετωπιαίο λοβό (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 138).

#### **4.6. Άνοια οφειλόμενη σε τραύμα κεφαλής**

Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της άνοιας αυτού του τύπου, είναι ότι η παρουσία της εκτιμάται ως άμεσο παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Ο βαθμός και ο τύπος της γνωστικής βλάβης και της συμπεριφορικής διαταραχής, εξαρτώνται από την εντόπιση και την έκταση της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Η μετατραυματική αμνησία είναι συνήθως παρούσα, καθώς και η επιμένουσα βλάβη της μνήμης. Μπορεί να εμφανίζονται μια ποικιλία από άλλα συμπτώματα της συμπεριφοράς, με ή χωρίς την παρουσία κινητικών ή αισθητικών προβλημάτων. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αφασία, διαταραχές της προσοχής, ευερεθιστότητα, άγχος, κατάθλιψη ή συναισθηματική αστάθεια, αυξημένη επιθετικότητα και άλλες αλλαγές στην προσωπικότητα. Η τοξίκωση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες είναι συχνά παρούσα και μπορεί να συνυπάρχει κατάχρηση ουσιών ή διαταραχή στέρησης από ουσίες (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 140).

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις συμβαίνουν συχνότερα σε νεαρούς άνδρες και συνδυάζονται με συμπεριφορά αυξημένου κινδύνου. Όταν η άνοια προκύπτει έπειτα από μία απλή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, είναι συχνά μη εξελισσόμενη, αλλά επανειλημμένες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (π.χ. σε αθλητές του μποξ) ενδέχεται να οδηγήσουν σε μια εξελισσόμενη άνοια (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 140).

#### **4.7. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Huntington**

Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της άνοιας αυτού του τύπου, είναι ότι η παρουσία της εκτιμάται ως άμεσο παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της νόσου του Huntington.

Πρόκειται για μία κληρονομική προοδευτική εκφυλιστική διαταραχή της νοητικής λειτουργίας, του συναισθήματος και της κίνησης. Η νόσος προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες. Η ασθένεια διαγιγνώσκεται συνήθως στο τέλος της 3ης και στην αρχή της 4ης δεκαετίας της ζωής, αλλά ενδέχεται να ξεκινά νωρίτερα ή αργότερα. Η έναρξή της συχνά προαναγγέλλεται από υφέρπουσες αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, οι οποίες περιλαμβάνουν κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και άγχος. Οι δυσκολίες με τη μνημονική ανάκληση, την εκτελεστική λειτουργία και την κρίση, είναι κοινές στα πρώιμα στάδια και την εξέλιξή της ακολουθούν σοβαρότερα ελλείμματα. Εμφανίζονται επίσης ψυχωτικά στοιχεία και αποδιοργανωμένος λόγος. Οι απόγονοι ασθενών με νόσο του Huntington έχουν ποσοστό 50% να αναπτύξουν τη νόσο (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 141). Η εξέλιξη είναι βραδεία και συνήθως οδηγεί στο θάνατο σε 10 – 15 έτη.

**Διαφορική Διάγνωση:** Θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη άλλες περιπτώσεις κατά τις οποίες εμφανίζονται χορειακές κινήσεις: δηλαδή η νόσος του Alzheimer, του Pick και των Creutzfeldt – Jacob (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 66-67).

#### **4.8. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο του Parkinson**

Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της άνοιας αυτού του τύπου, είναι ότι η παρουσία της εκτιμάται ως άμεσο παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της νόσου του Parkinson. Η νόσος του Parkinson είναι μία βραδέως εξελισσόμενη νευρολογική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από τρόμο, δυσκαμψία, βραδυκίνησια και αστάθεια θέσης. Η άνοια εμφανίζεται σε ποσοστό 20 – 60% στους ασθενείς με νόσο του Parkinson και είναι πιθανότερο να συμβεί σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και σε περισσότερο σοβαρές μορφές της νόσου ή σε πιο όψιμα στάδια (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 140).

Χαρακτηρίζεται από γνωστική και κινητική επιβράδυνση, εκτελεστική δυσλειτουργία και διαταραχές στη μνημονική ανάκληση. Η έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας συχνά επιτείνεται από την κατάθλιψη. Τα ευρήματα από την κλινική εξέταση περιλαμβάνουν, τα χαρακτηριστικά ανώμαλα σημεία του τρόμου ηρεμίας, βραδύτητα και ένδεια κινήσεων ή μυϊκή δυσκαμψία και απώλεια των σύστοιχων κινήσεων (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 141).

**Διαφορική Διάγνωση:** Θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη άλλες δευτερογενείς άνοιες, η πολυεμφρακτική άνοια, η οποία σχετίζεται με υπερτασική ή διαβητική

αγγειακή νόσο, οι όγκοι του εγκεφάλου και ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 68).

#### **4.9. Άνοια οφειλόμενη σε νόσο των Creutzfeldt – Jacob**

Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της άνοιας αυτού του τύπου, είναι ότι η παρουσία της εκτιμάται ως άμεσο παθοφυσιολογικό αποτέλεσμα της νόσου των Creutzfeldt – Jacob. Πρόκειται για προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω ειδικών νευροπαθολογοανατομικών μεταβολών (υποξεία σπογγειόμορφη εγκεφαλοπάθεια), οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή σε μεγάλη ηλικία, τυπικά στην 5η δεκαετία της ζωής, αλλά μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε στην ενήλικη ζωή. Η πορεία είναι υποξεία και οδηγεί στο θάνατο σε 1 – 2 έτη (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 65-6).

**Διαφορική Διάγνωση:** Ο κλινικός θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του: α) τη νόσο του Alzheimer ή τη νόσο του Pick, β) τη νόσο του Parkinson, γ) το μετεγκεφαλιτιδικό παρκινσονισμό. Η ταχεία πορεία και η πρόωγη εμφάνιση κινητικών διαταραχών υποδηλώνει τη νόσο των Creutzfeldt – Jacob (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 66).

#### **4.10. Άνοια οφειλόμενη σε λοίμωξη από HIV**

Η άνοια, που σχετίζεται με απευθείας λοίμωξη από HIV του κεντρικού νευρικού συστήματος, χαρακτηρίζεται τυπικά από ελάττωση της μνήμης, βραδυψυχισμό, ελάττωση της συγκέντρωσης και δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων. Οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν συνήθως, απάθεια και κοινωνική απόσυρση και μπορεί να συνοδεύονται από παραλήρημα, παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.

Ακόμα η συγκεκριμένη άνοια μπορεί να προέρχεται από συνοδούς όγκους του κεντρικού νευρικού συστήματος ή από ευκαιριακές λοιμώξεις και σε κάθε περίπτωση η ευκαιριακή λοίμωξη θα πρέπει να σημειώνεται. Τέλος, είναι πιθανό να εμφανιστούν ασυνήθιστες συστηματικές λοιμώξεις ή νεοπλάσματα (Σ. Ρηγοπούλου, 2005: 140). Η άνοια που οφείλεται στον HIV γενικά, αλλά όχι αποκλειστικά, εξελίσσεται ταχέως (μέσα σε εβδομάδες ή μήνες) σε σοβαρή γενικευμένη άνοια, αλαλία και θάνατο (Ταξινόμηση ICD – 10, 1992: 68).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πλέον συνήθεις διαταραχές που πλήττουν την Τρίτη Ηλικία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην άνοια τύπου Alzheimer είναι 30% - 50%. Η σχέση ανάμεσά τους είναι πολύπλοκη και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή (Α. Πολίτης, 2005: 169).

Η κατάθλιψη είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της όμως σε ασθενείς με άνοια είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική για τους ίδιους, αλλά και για τους φροντιστές τους. Η αναγνώριση και η διάγνωση της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί έχει ως αποτέλεσμα τον έλεγχο διαταραχών συμπεριφοράς, όπως η επιθετικότητα, περιορισμό της επιβάρυνσης των περιθαλπόντων και βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με το να παραμένει στο οικείο προς αυτόν περιβάλλον.

Κάποιοι από τους ασθενείς είναι καταθλιπτικοί πριν τεθεί η διάγνωση της άνοιας, αλλά σε ορισμένους άλλους η κατάθλιψη εμφανίζεται αντιδραστικά, σε άμεση συσχέτιση με την ανακοίνωση της διάγνωσης της άνοιας (Σ. Καπρίνης, 2005: 173). Είναι χαρακτηριστικό ότι η κατάθλιψη συναντάται συνήθως στα πρώιμα στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer, όταν δηλαδή ο ψυχικός κόσμος του ασθενούς είναι ακόμη σχετικά ανέπαφος. Η πρωτογενής κατάθλιψη υποχωρεί, καθώς η προσωπικότητα αποδιοργανώνεται, και ο ασθενής βιώνει μια δευτερογενή κατάθλιψη, από την αντανάκλαση της ολοένα αυξανόμενης αναποτελεσματικότητάς του στο κοινωνικό του περιβάλλον (Σ. Καπρίνης, 2005: 173-4).

Σε ένα ποσοστό μέχρι και 30% των ασθενών με άνοια και κατάθλιψη, παρουσιάζεται μια αυθόρμητη λύση της κατάθλιψης στους τρεις μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται μέχρι και στο 80% των ασθενών 6 μήνες μετά τη διάγνωση. Αυτό εξηγείται εν μέρει από την πρόοδο της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας και τον επηρεασμό της συναισθηματικής επεξεργασίας των βιωμάτων των ασθενών. Επίσης μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη προσπάθεια που καταβάλλουν οι ασθενείς και στην επιστράτευση όλων των δυνάμεών τους, προκειμένου να συνεργαστούν όσο το δυνατόν καλύτερα με τους θεράποντες γιατρούς και να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας.

Πάντως, καθώς η νόσος εξελίσσεται και ολοένα περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου εκφυλίζονται, η προσωπικότητα του ασθενούς αποδομείται, ο ψυχικός του κόσμος χάνεται και μαζί με αυτόν, χάνεται και η έννοια της κατάθλιψης (Σ. Καπρίνης, 2005: 174).



### **5.1. Κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια**

1. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο DMS-IV, να υπάρχει πλήρωση των κριτηρίων για τη διάγνωση της άνοιας τύπου Alzheimer.
2. Παρουσία τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων: α) καταθλιπτική διάθεση, β) μειωμένη άντληση ευχαρίστησης σε κοινωνική απαντητικότητα και σε καθημερινές δραστηριότητες, γ) κοινωνική απόσυρση, δ) διαταραχές της όρεξης, ε) αλλαγές στην ψυχοκινητικότητα, στ) ευερεθιστότητα, ζ) κόπωση, η) μη ρεαλιστικές ενοχές, θ) επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, ι) αυτοκτονικός ιδεασμός και σχεδιασμός.
3. Τα κριτήρια που προστέθηκαν είναι: α) η παρουσία ευερεθιστότητας, β) κοινωνική απόσυρση, γ) αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική επαφή.
4. Τα κριτήρια δεν προϋποθέτουν την παρουσία κατάθλιψης σε καθημερινή βάση, όπως αυτό ισχύει για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά την παρουσία της κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων (Α. Πολίτης, 2005: 170).

### **5.2. Συμπτώματα**

Τα συμπτώματα ανοϊκών ασθενών με κατάθλιψη μοιάζουν με αυτά των μη ανοϊκών καταθλιπτικών ασθενών. Προεξάρχει το καταθλιπτικό συναίσθημα, συνοδευόμενο συχνά από άγχος, ελαττωμένο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες της ζωής, αίσθημα κόπωσης και απελπισίας, διαταραχές ύπνου και λήψης τροφής και συχνά, αισθήματα ενοχής και αυτοκτονικός ιδεασμός (Σ. Καπρίνης, 2005: 173).

Συμπτώματα όπως η απάθεια, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η αϋπνία, το κλάμα, η απώλεια σωματικού βάρους, αλλά και η αδυναμία να ρηματοποιήσει τη συναισθηματική του κατάσταση ο ασθενής με άνοια, εμφανίζονται τόσο σε καταθλιπτικούς όσο και σε μη καταθλιπτικούς ανοϊκούς ασθενείς. Επίσης, η αφασία, που είναι σύνηθες σύμπτωμα της άνοιας τύπου Alzheimer, καθιστά δύσκολη την κοινοποίηση των συμπτωμάτων (Α. Πολίτης, 2005: 170).

Η κατάθλιψη στην άνοια αποτελεί μία ιδιαίτερα συχνή νευροψυχιατρική διαταραχή, που μπορεί να επιδεινώσει τις γνωστικές λειτουργίες των ανοϊκών ασθενών, να επηρεάσει αρνητικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, δημιουργώντας μία επιπλέον επιβάρυνση στους φροντιστές τους, αλλά και έκπτωση

της ποιότητας της ζωής και των δύο πλευρών, όπως επίσης και αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου. Τέλος αξίζει να σημειωθεί, πως η κατάθλιψη σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer μειώνει το προσδόκιμο όριο επιβίωσής τους. Για όλους αυτούς τους λόγους, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη να εξετάζεται κάθε ασθενής με τις κατάλληλες ψυχομετρικές δοκιμασίες, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πάσχει από κατάθλιψη (Σ. Καπρίνης, 2005: 173).

### **5.3. Θεραπεία**

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε έναν ασθενή με άνοια τύπου Alzheimer έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη γενικότερη πορεία του και εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα. Η θεραπεία της κατάθλιψης πρέπει να γίνεται παράλληλα με τη θεραπεία του άγχους, αφού αποτελούν στοιχεία αλληλένδετα.

Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer είναι εν πολλοίς, όμοια με τη θεραπεία που θα εφαρμοζόταν σε καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς άνοια. Τα φάρμακα που προτείνονται είναι τα νέα αντικαταθλιπτικά, με αποφυγή χορήγησης σκευασμάτων με αντιχολινεργική δράση, καθώς υπάρχει σοβαρός κίνδυνος επιδείνωσης των νοητικών λειτουργιών του ασθενούς (Σ. Καπρίνης, 2005: 174).

Είναι σημαντικό να ληφθεί υπ' όψιν η ηλικία, καθώς επίσης η νεφρική και ηπατική λειτουργία των ασθενών, μέσα στα πλαίσια του γενικότερου παθολογικού ελέγχου, ώστε να γίνουν οι ανάλογες ρυθμίσεις στη δοσολογία των φαρμάκων. Ο θεράπων γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος και να αναμένει πιθανές παράδοξες αντιδράσεις των ηλικιωμένων ασθενών στα χορηγούμενα φάρμακα, όπως διέγερση ή υπερβολική καταστολή.

Μαζί με τη φαρμακευτική αγωγή ο θεράπων γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει επικουρικά και συγκεκριμένες μη φαρμακευτικές μεθόδους, που μπορεί να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, βοηθώντας τον να νιώσει δημιουργικός, απαλύνοντας το καταθλιπτικό αίσθημα απελπισίας και μειώνοντας το διάχυτο άγχος του. Ήδη, από τα πρώτα στάδια της νόσου, η βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν μέθοδοι, όπως η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση και η παρέμβαση στην οικογένεια, είναι πολύτιμη για την προσαρμογή του ασθενούς και των περιθαλπόντων του στα νέα δεδομένα, αλλά και για τη μείωση του άγχους τους (Σ. Καπρίνης, 2005: 174).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η θεραπεία της άνοιας αναπτύχθηκε τελευταία κυρίως. Οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα είναι πολλές και συνεχίζονται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς καθώς, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, προβλέπεται αύξηση του αριθμού των ασθενών με άνοια. Η θεραπεία επικεντρώνεται κυρίως στα συμπτώματα. Έτσι, αντιμετωπίζει τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις ψυχωτικές εκδηλώσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα. Οι ψυχωτικές εκδηλώσεις φαίνεται να παρουσιάζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των ατόμων με άνοια κατά την πορεία της νόσου (H. Rubinstein, 2000).

Ένας σχετικός δείκτης, που χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες, είναι η καθυστέρηση εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Το αποτέλεσμα αυτών των ερευνών ήταν, ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα πέτυχαν σημαντική καθυστέρηση 100 με 400 ημερών, στην εισαγωγή των ατόμων με άνοια σε ιδρύματα (Α. Μούγιας, 2003:113).

Η επιβράδυνση της ηλικίας έναρξης της νόσου κατά 5 χρόνια, θεωρείται ότι μειώνει τη θνησιμότητα στο ήμισυ, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό. Επομένως ο στόχος για επιβράδυνση της έναρξης της νόσου έχει συγκεκριμένο ευεργετικό αποτέλεσμα. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι, τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα δεν επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με αποτέλεσμα τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα σήμερα, να επιδρούν σε ήδη προχωρημένη νόσο και να μην κατορθώνουν την αναγκαία επιβράδυνση (Α. Μούγιας, 2003:114).

### 6.1. Φαρμακευτική αγωγή της άνοιας

Οι ερευνητές βρήκαν ότι στα άτομα με νόσο Alzheimer υπάρχει λιγότερη ακετυλχολίνη στο κενό διάστημα μεταξύ των κυττάρων. Αν αναστελλόταν η δράση του ενζύμου που καταστρέφει την ακετυλχολίνη, θα αυξανόταν η ποσότητα της ακετυλχολίνης στο διάστημα μεταξύ των κυττάρων.

Τα 4 φάρμακα που κυκλοφορούν σήμερα με ένδειξη τη νόσο του Alzheimer είναι: α) η τακρίνη (Cognex), β) η δονεπεξίλη (Aricept), γ) η ριβαστιγμίνη (Exelon), δ) η γαλανταμίνη (Reminyl). Όλα τα παραπάνω είναι αναστολείς της χολινεστεράσης (Α. Μούγιας, 2003:114, H. Rubinstein, 2000).

Εκτός των παραπάνω, υπάρχουν και ορισμένα άλλα φάρμακα όπως η μεμαντίνη, που κυκλοφόρησε στην Ελλάδα στις αρχές του 2003. Προσφέρει σημαντική

βελτίωση των νοητικών λειτουργιών και των διαταραχών συμπεριφοράς και γενικότερα ενδείκνυται για προχωρημένο στάδιο της νόσου (Α. Μούγιας, 2003:117, Η. Rubinstein, 2000). Επίσης, εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα η προπεντοφυλλίνη, η οποία έδειξε ότι καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου (Μ. Τσολάκη, 1999: 365).

## **6.2. Παρενέργειες**

Οι παρενέργειες των αναστολέων χολινεστεράσης οφείλονται στις επιδράσεις του περιφερειακού νευρικού συστήματος και αφορούν κυρίως στο γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, εμετός, κράμπες, διάρροια). Προκαλούν επίσης κεφαλαλγία, βραδυκαρδία και αρτηριακή υπόταση.

Στην πραγματικότητα, αυτές οι παρενέργειες δεν είναι ούτε συχνές ούτε αποτελούν πρόβλημα στη συνέχιση της αγωγής. Συγκεκριμένα λιγότερο από το 3% – 5% των ασθενών διακόπτουν τη θεραπεία για λόγους παρενεργειών, ειδικά στα πιο πρόσφατα φάρμακα (Α. Μούγιας, 2003:117, Η. Rubinstein, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

### 7.1. Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια εκ των πραγμάτων, δεν μπορεί να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Θα πρέπει να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο, καθώς και τις δυνατότητες του ασθενούς, να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και φροντιστή και να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς. Επίσης θα πρέπει να θέτονται επιτεύξιμοι στόχοι, όπως η καλή συναισθηματική κατάσταση και λειτουργικότητα του ασθενούς και του φροντιστή του. Καλό θα είναι ακόμα να εξασφαλίζεται η αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα, βλέποντας το άτομο ολιστικά.

Στα αρχικά στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer, η ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει τη μορφή ατομικής ή ομαδικής παρέμβασης συνήθως λεκτικού τύπου και να διεξάγεται με πολλούς τρόπους, συνυπολογιζόμενων των αναγκαίων προσαρμογών (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 451).

Στόχοι μιας τέτοιας παρέμβασης θα είναι: α) να εκπαιδευτεί το άτομο, ώστε να χειρίζεται το άγχος του, β) να εγκαταστήσει μηχανισμούς αντιμετώπισης των ελλειμμάτων, γ) να καλλιεργήσει την αίσθηση της ταυτότητας, δ) να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη, ε) να προσφέρει τη δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων, στ) να διατηρήσει τις υπάρχουσες διανοητικές ικανότητες, ζ) να αποκαταστήσει την αίσθηση της σειράς και του νοήματος και η) να βοηθήσει ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση της αυτοδυναμίας (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 452).

Στην περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας στους παραπάνω στόχους προστίθενται οι εξής: α) η ευκαιρία για συναισθηματική κάλυψη διαμέσου της κατάθεσης των συναισθημάτων των άλλων και β) η κοινωνική αλληλεπίδραση, ώστε να διατηρηθούν οι κοινωνικές ικανότητες (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 452-3).

Κατά την εξέλιξη της νόσου επιλέγονται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε διαφορετικούς τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 451).

## **7.2. Γνωστική παρέμβαση**

Η γνωστική θεραπεία παρέχει βελτίωση στις νοητικές ικανότητες, στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, στις λειτουργικές διαταραχές και στην εκτίμηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Κρίνεται απαραίτητο, ταυτόχρονα με τη γνωστική θεραπεία των ασθενών, να παρέχεται παράλληλα και συμβουλευτική στους συγγενείς. Η παρέμβαση επίσης, χρειάζεται να είναι δομημένη και προσαρμοσμένη σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες και τις υπάρχουσες δεξιότητες του κάθε ασθενή. Η γνωστική άσκηση, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών και τη συμβουλευτική των συγγενών, ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 454).

Οι ανοϊκοί ασθενείς αποτελούν συνήθως μεγάλο πρόβλημα για τους συγγενείς και τους φροντιστές, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Εξάλλου θεωρείται, ότι η περιβαλλοντική στρατηγική ανακούφισης των ανοϊκών ηλικιωμένων από το άγχος της απομόνωσης και η προσφορά καθημερινής εξωτερικής δραστηριότητας, αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας και βελτιώνει εν μέρει την νοητική βλάβη, τις συμπεριφορικές διαταραχές, την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δράσεις (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 454).

## **7.3. Λογοθεραπευτική παρέμβαση**

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στην άνοια τύπου Alzheimer ξεκινά με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς, όπου ο λογοθεραπευτής καταρτίζει την καρτέλα του ασθενούς χρησιμοποιώντας τα ανάλογα τεστ (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 462). Η παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: α) στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, β) στην επιλεκτική πρόταση για τη θεραπεία και γ) στην καθημερινή αγωγή.

Οι θεραπευτικές ενέργειες οφείλουν να έχουν ως στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για την ανάκτηση της καθομιλούμενης γλώσσας των ασθενών στα ιδιαίτερα γλωσσικά και κοινωνικά τους περιβάλλοντα και όχι κάποιας αφηρημένης νόρμας του λόγου. Η θεραπεία είναι

συμπτωματολογική, δηλαδή αντιμετωπίζει τα συμπτώματα των διαταραχών του λόγου. Διαφορετικά είδη διαταραχών χρήζουν διαφορετικής θεραπείας (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 463).

Η αγωγή στοχεύει στην ανάπτυξη της καθημερινής επικοινωνίας, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και προωθώντας σχέσεις κοινωνικοποίησης με τον περίγυρο του ασθενούς. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και ανά περιπτώσεις στην επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 463).

Συμπερασματικά, ο συμβουλευτικός ρόλος του λογοθεραπευτή εμπεριέχει στοιχεία πρόληψης, έγκαιρης ενημέρωσης και πληροφόρησης των συγγενών. Ακόμα υπάρχει συντονισμός και συνδυασμός των προσπαθειών από πλευράς συγγενών με τις ενέργειες του λογοθεραπευτή, ούτως ώστε οι συγγενείς να αποποιηθούν το ρόλο του παρατηρητή και να τους δοθεί η δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στην όλη διαδικασία (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 464).

#### **7.4. Εργοθεραπευτική παρέμβαση**

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές και κινητικές διαταραχές. Στόχος της είναι η αποκατάσταση των ικανοτήτων του ατόμου στο μέγιστο δυνατό βαθμό, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική και ποιοτική ζωή (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 464).

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης, αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στο χώρο που ζει ο ασθενείς και συναισθηματικής υποστήριξης τόσο του ασθενούς όσο και των φροντιστών (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 464).

Οι στόχοι του εργοθεραπευτικού προγράμματος είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, πνευματικοί και σωματικοί και διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου που βρίσκεται ο ασθενής.

## 7.5. Μουσικοθεραπεία

Στη σύγχρονη εποχή, το όλο πλαίσιο της αποδεδειγμένης επίδρασης της μουσικής στον άνθρωπο, έχει αναχθεί στον χώρο της απόλυτης ορθολογικής επιστημονικής ανάλυσης, που ονομάζεται μουσικοθεραπεία. Οι ήχοι, οι μελωδίες, οι αυτοσχεδιασμοί και οι διάφορες μουσικές συνθέσεις δημιουργούν το πλαίσιο εκείνο μέσω του οποίου, έχουν πρακτική εφαρμογή σε μια πληθώρα ψυχικών, παθολογικών διαταραχών και επιπλοκών του ανθρώπου.

Επιστημονικές έρευνες έχουν αναφερθεί στη θετική επίδραση που έχουν τα μουσικά ή ηχητικά ερεθίσματα στα διάφορα συστήματα λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης υπάρχουν και πολλαπλές παρατηρήσεις αναφορικά με την επίδραση της μουσικής στην ανθρώπινη ψυχολογία, από τη στιγμή της σύλληψής του και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 467).

Σήμερα, εφαρμόζονται ποικίλα επιτυχημένα προγράμματα στους ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια αυτού του τύπου, μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα συνοδά προβλήματα συμπεριφοράς στα άτομα που ασθενούν, όπως είναι δηλαδή η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες αυτών των ατόμων.

Επίσης η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο επικοινωνίας των ηλικιωμένων και να παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες, που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα. Νευροψυχολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση, στην αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος, αλλά και στη λειτουργία της άμεσης μνήμης (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 467). Ακόμα έχει θετικές επιδράσεις και στο σύνδρομο RDV's (επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές κραυγές) των ατόμων με άνοια. Επιπλέον, η μουσική επιδρά θετικά στη λήψη φαγητού και στις συνήθεις προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια, όπως είναι η καταθλιπτική διάθεση, η ευερεθιστότητα και το άγχος (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 468).

Η μουσικοθεραπεία λοιπόν λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας με το γέλιο ή με το τραγούδι – μουσική, στοχεύει στην αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης και, μέσω επιμονής και υπομονής, ενθαρρύνει και εμψυχώνει τους φροντιστές και τους ασθενείς με ατομικά και ομαδικά τραγούδια, σε επίπεδο τόσο ατομικής όσο και



οικογενειακής ή κοινωνικής επικοινωνίας (Μ. Τζανακάκη-Μελισσάρη κ.α., 2005: 470).

## **7.6. Εικαστική Θεραπεία (Art Therapy)**

Η εικαστική θεραπεία είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου και προωθεί την ικανότητά του να εκφράζει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάζει στο περιβάλλον του.

Η διαδικασία αυτή στοχεύει σε μια θεραπεία, που διευκολύνει την κατάλυση των αμυντικών μηχανισμών και την ανάδυση των συναισθημάτων. Μέσα από τη χρήση διαφορετικών καλλιτεχνικών υλικών, το άτομο μπορεί να βρει καινούρια ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν νέες γνώσεις, γεγονός που αποτελεί βασικό τρόπο καταπολέμησης ή καταστολής της άνοιας (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Το αποτέλεσμα είναι συχνά πολύ αποδιοργανωμένο, ώστε να ονομάζεται «τέχνη». Η ουσία του θεραπευτικού έργου είναι τα συναισθήματα που βιώνονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, όπως είναι η επιθετικότητα, η αμφιθυμία και τα εκρηκτικά συναισθήματα.

Η καλλιτεχνική δραστηριότητα λοιπόν είναι μια συνειδητή διαδικασία που δίνει συγκεκριμένη μορφή σε συναισθήματα συχνά ασυνείδητα, παρουσία του θεραπευτή. Αυτός ενθαρρύνει με την κατάλληλη στάση την καλλιτεχνική έκφραση του ατόμου. Θα ήταν λοιπόν σωστό να λεχθεί, ότι ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος συνεργάζονται προκειμένου να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό προϊόν της κάθε συνεδρίας, που υλοποιούνται σε έργα «τέχνης» (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Ο εικαστικός θεραπευτής μπορεί να προωθήσει την εσωτερική ροή με τη σωστή στάση του ή και να παρεμποδίσει την εσωτερική δημιουργική διαδικασία. Κρίνεται σκόπιμο να κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του ο ίδιος ο θεραπευόμενος και όχι να δίνει έξυπνες ερμηνείες ο θεραπευτής. Τα σχόλιά του θα πρέπει να ξεκαθαρίζουν την εικόνα και όχι να επιβάλλονται (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **8.1. Η διάκριση της φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία**

Οι υπερήλικες παρουσιάζουν οξύτερες ανάγκες φροντίδας και περίθαλψης, που προβληματίζουν τόσο το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ενώ η συνεχής αριθμητική τους αύξηση δυσχεραίνει την επίλυση του όλου ζητήματος. Η λύση του προβλήματος στηρίζεται ως ένα βαθμό, στην ομαλότερη εξέλιξη της γήρανσης ως βιολογικού φαινομένου και στην άμεση αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, μόλις αυτά αρχίσουν να εκδηλώνονται (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 31).

Η συνήθης φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται στην **οικογενειακή φροντίδα**, στην **άτυπη**, που δίνεται περιστασιακά από μη ειδικευμένα άτομα, στην **ιδρυματική**, που είναι η κλειστή περίθαλψη από κρατικό ή ιδιωτικό φορέα και στην **οικιακή φροντίδα**, που αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται από κάποιον φορέα και λαμβάνουν χώρα στο σπίτι του ηλικιωμένου (Ε. Πανέρα, 1999: 440).

### **8.2. Φροντίδα από την οικογένεια και δίκτυα άτυπης φροντίδας**

Στην Ελλάδα, η οικογένεια φέρει ακόμα την ευθύνη της περίθαλψης των ηλικιωμένων, που έχουν ανάγκη υποστήριξης, πιεζόμενοι από προβλήματα υγείας και όχι μόνο. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι στη χώρα μας δεν έχουν επιλογές διεξόδων όσον αφορά στις προνοιακές παροχές, όπως έχουν οι ηλικιωμένοι σε άλλες χώρες. Διαφαίνεται όμως ότι τα επόμενα χρόνια η ελληνική οικογενειακή ζωή θα κινείται προς τα ευρωπαϊκά πρότυπα, δηλαδή οι οικογένειες θα είναι λιγότερο πρόθυμες να βοηθήσουν (Ε. Πανέρα, 1999: 441).

Τα δίκτυα άτυπης φροντίδας είναι φορείς αυτοβοήθειας που προσφέρουν βοήθεια και στήριξη χωρίς αμοιβή και αποτελούνται συνήθως από τις οικογένειες, τους συγγενείς, τους φίλους, τους γείτονες ή τους συναδέλφους των ατόμων που χρήζουν αυτής της φροντίδας. Τα δίκτυα αυτά χαρακτηρίζονται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και την έλλειψη νομικού πλαισίου λειτουργίας.

Στην Ελλάδα επικρατεί η αντίληψη ότι τα άτυπα δίκτυα, ιδιαίτερα τα οικογενειακά και τα ευρύτερα συγγενικά δίκτυα, παρέχουν ένα μεγάλο μέρος της καθημερινής αλλά και εντατικής φροντίδας, καθώς υποκαθιστούν ή συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών. Το βασικό κίνητρο στη λειτουργία των άτυπων δικτύων είναι η αυτοβοήθεια και το ενδιαφέρον για εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοιες ανάγκες και προβλήματα (Π. Σταθόπουλος, 1999: 214).

Τα δίκτυα αυτά είναι πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στη σύγχρονη κοινωνία για τους εξής λόγους: α) υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία, β) επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να αυτενεργούν και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις στα προβλήματά τους από τις κρατικές υπηρεσίες, γ) υπάρχει η πεποίθηση ότι, αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας, θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη παρά αν δράσουν ατομικά (Π. Σταθόπουλος, 1999: 215).

### **8.3. Κλειστή/ ιδρυματική περίθαλψη**

Το ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την τελευταία βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας για τους υπερήλικες και θεωρείται ως η έσχατη και αναπόφευκτη λύση, όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, όπου θα μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου ή όταν αποκλειστεί εντελώς η κατ' οίκον περίθαλψή του, μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας ή των συγγενών του.

Η ιδρυματική προστασία θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις επιβεβλημένη και αποτελεί λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, στο οποίο περιέρχονται οι οικονομικά αδύνατοι και οι στερούμενοι οικογενειακής υποστήριξης υπερήλικες. Η ένταξή τους στο ίδρυμα αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που στηρίζεται στην αρχή, ότι το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στο ίδρυμα και όχι το ίδρυμα στο άτομο (Ι. Δαρδαβέσης, 1999: 46).

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, και β) τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις (Π. Σταθόπουλος, 1999: 315).

#### 8.4. Ανοιχτή/ εξωιδρυματική περίθαλψη

1. Πρόγραμμα τηλεσυναγερμού και τηλεϊατρικής φροντίδας. Ο Ε.Ε.Σ. έχει ξεκινήσει ένα σημαντικό πρόγραμμα σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε. για την παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις ηλικιωμένων, οι οποίοι ζουν μόνοι τους. Με το πρόγραμμα του τηλεσυναγερμού, οι ηλικιωμένοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κοινωνική υπηρεσία σε κάποια έκτακτη ανάγκη. Την ευθύνη για το συντονισμό του προγράμματος έχουν δύο κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική συμπαράσταση, ενώ επίσης είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση των τεχνικών – χειριστών του συστήματος (Π. Σταθόπουλος, 1999: 309-10).

Ένα δεύτερο πρόγραμμα είναι η τηλεϊατρική φροντίδα. Με αυτό έχουν τη δυνατότητα γιατροί από απομακρυσμένα νησιά να ζητούν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα. Στον Ερυθρό Σταυρό υπάρχει ένας καρδιογράφος και ειδικοί γιατροί οι οποίοι, αφού ελέγξουν το καρδιογράφημα, δίνουν οδηγίες για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Τα δύο τελευταία προγράμματα, τα οποία αξιοποιούν τη σύγχρονη τεχνολογία, συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτροπή εγκλεισμού φιλάσθενων ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Π. Σταθόπουλος, 1999: 310, Ε. Πανέρα, 1999).

2. Πρόγραμμα αναδοχής ηλικιωμένων. Αν και δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη αυτή η μορφή φροντίδας, αρχίζουν να ενθαρρύνονται στην κοινότητα τα προγράμματα αναδοχής ως εναλλακτική λύση, με στόχο την αποτροπή της ιδρυματικής περίθαλψης και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών ανάμεσα σε ορισμένους - μοναχικούς κυρίως – υπερήλικες και σε κάποια οικογένεια. Άλλωστε η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της σύγχρονης εποχής, να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον «παππού» και τη «γιαγιά». Ιδίως για τα μικρά παιδιά αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι πολύτιμη (Π. Σταθόπουλος, 1999: 310).

3. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Ο θεσμός των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων δημιουργήθηκε στην Ελλάδα ως παροχή εξωιδρυματικής προστασίας και σαν μια μορφή υπηρεσιών προς την κοινότητα. Η φιλοσοφία της λειτουργίας τους περιλαμβάνει: α) την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. β) τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις

ανάγκες των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. προσφέρουν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Η ιατρική φροντίδα είναι κυρίως προληπτική και παρέχεται από εξοπλισμένα ιατρεία. Επίσης παρέχεται φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία για θεραπεία μέσω δημιουργικής απασχόλησης (Ε. Πανέρα, 1999: 445, Π. Σταθόπουλος, 1999).

Μέσα από την κοινωνική φροντίδα, τα Κ.Α.Π.Η. επιδιώκουν την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, τη διατήρηση στην ενεργό ζωή, την καλλιέργεια ενδιαφερόντων και τη συμμετοχή στα δρώμενα της κοινότητας. Το μέτρο αυτό κάλυψε ένα μόνο μέρος του πληθυσμού και κυρίως συγκεκριμένες ομάδες. Παρόλο που ο θεσμός αποτείνεται σε όλες τις τάξεις, τα άτομα των χαμηλών εισοδηματικών τάξεων ήταν αυτά που βρήκαν διέξοδο στο Κ.Α.Π.Η., γιατί ορισμένες κατηγορίες υψηλών συνταξιούχων έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής σε δικές τους λέσχες, όπως επίσης τη δυνατότητα να βρίσκουν ενδιαφέροντες διεξόδους στο χώρο τους (Ε. Πανέρα, 1999: 445-6, Π. Σταθόπουλος, 1999).

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. είχε μια γρήγορη εξάπλωση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιώντας την κοινωνική εργασία σαν μέσο παρέμβασης στην πολλαπλότητα των συναισθηματικών προβλημάτων, τα οποία διογκώνονται όταν προστεθούν και τα βιολογικά, κατόρθωσαν να κινητοποιήσουν και να δραστηριοποιήσουν ομάδες ηλικιωμένων, ενθαρρύνοντας τη δημιουργικότητά τους και την αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αναθεωρήσουν τις ιδέες τους, να κινητοποιήσουν την ενέργειά τους, να αναπτύξουν κοινωνική συμμετοχή, να επηρεαστεί η στάση τους και να ενστερνιστούν νέες ιδέες πάνω σε διάφορα θέματα, να συμμετέχουν στην υλοποίηση προγραμμάτων, να αξιοποιήσουν εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο τους και να μάθουν να λειτουργούν σε μια ομάδα. Διαπίστωσαν ότι, το να ανήκει κάποιος σε μία ομάδα, προσδίδει ένα αίσθημα ασφάλειας που ενισχύει την ανεξαρτησία και την αυτενέργεια των ατόμων (Ε. Πανέρα, 1999: 446).

4. Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι». Το «Βοήθεια Στο Σπίτι» είναι ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα, που άρχισε να εφαρμόζεται σε αρκετούς Δήμους της χώρας που διέθεταν Κ.Α.Π.Η. Το πρόγραμμα στελεχώνεται από τις ειδικότητες του κοινωνικού λειτουργού, του νοσηλευτή και του οικογενειακού βοηθού. Η ομάδα καταγράφει τις ανάγκες αυτών που χρήζουν βοήθειας και προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, όπως η πληρωμή λογαριασμών και τα ψώνια, καθαρισμό της κατοικίας και κοινωνική εργασία (Ε. Πανέρα, 1999: 447).

Εκτός από την ομάδα που αποτελεί το βασικό πυρήνα, ενδέχεται να συνεργάζονται και εθελοντές, οι οποίοι μπορούν να βοηθούν εκεί που δε χρειάζεται εξειδίκευση, όπως για παράδειγμα στο μαγείρεμα ή την συντροφιά. Οι επαγγελματίες επίσης, δύνανται να εκπαιδεύουν μέλη της οικογένειας, προκειμένου να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα στον πάσχοντα ηλικιωμένο, όταν θα είναι ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί (Ε. Πανέρα, 1999: 447).

#### 5. Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.). Το πρόγραμμα στοχεύει:

α) στην παραμονή των ατόμων Τρίτης Ηλικίας σε οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, β) στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, γ) στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, δ) στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος που φροντίζουν και ε) στην εξασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ηλικιωμένων ατόμων, όσο και των μελών της οικογένειας.

Οι ειδικές αρχές που διέπουν το πρόγραμμα, επικεντρώνονται στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζουν το δικαίωμα των ηλικιωμένων για διαβίωση σε αξιοπρεπείς συνθήκες, για διατήρηση της αυτονομίας, της αυτάρκειας, της κοινωνικής συμμετοχής, της επικοινωνίας και για παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρία, 2004: 214).

#### 6. Προγράμματα Κατασκηνώσεων – Θαλάσσιων μπάνιων - Κοινωνικού Τουρισμού.

Μέσα από τη συνεργασία των Κ.Α.Π.Η. με τους Δήμους, δίνεται η ευκαιρία στους ηλικιωμένους να κάνουν δωρεάν καλοκαιρινές διακοπές σε κατασκηνώσεις για δέκα ημέρες και συμπεριλαμβάνονται συνήθως και τοποθεσίες που έχουν ιαματικά λουτρά, για τα άτομα που έχουν τέτοια ανάγκη. Επίσης τα καλοκαίρια υλοποιείται το πρόγραμμα των «Θαλάσσιων μπάνιων», για τους ηλικιωμένους που δεν έχουν τη δυνατότητα να πάνε από μόνοι τους, είτε λόγω οικονομικής δυσχέρειας είτε έλλειψης μεταφορικού μέσου είτε εξαιτίας άλλων λόγων που δεν τους επιτρέπουν την απομάκρυνση από το σπίτι για περισσότερο από μερικές ώρες. Υπάρχουν ακόμα προγράμματα Κοινωνικού Τουρισμού, στα οποία επιδοτούνται πενήνήμερες και

επταήμερες διακοπές από τον Ε.Ο.Τ., σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό εισόδημα (Π. Σταθόπουλος, 1999: 314).

7. Λοιπές παροχές και διευκολύνσεις για τα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών μπορούν, εφόσον προμηθευτούν την ειδική ταξιδιωτική κάρτα, να έχουν έκπτωση στην τιμή των εισιτηρίων για τρένα και λεωφορεία (Π. Σταθόπουλος, 1999: 314). Επίσης υπάρχει και η «κάρτα πολιτισμού», η οποία προσφέρει δωρεάν είσοδο σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους για τους κατόχους της, που θα πρέπει να είναι μέλη Κ.Α.Π.Η. προκειμένου να την αποκτήσουν.

8. Λέσχες φιλίας. Άλλο ένα ειδικό πρόγραμμα για τους ηλικιωμένους αποτελούν οι λέσχες φιλίας. Οι ειδικότητες που προβλέπονται για τη στελέχωση του προγράμματος είναι αυτές του κοινωνικού λειτουργού, του φυσιοθεραπευτή και του νοσηλευτή, καθώς και κάποιου ατόμου που θα είναι υπεύθυνο για την προμήθεια υλικών, την οικονομική διαχείριση και τη λειτουργία του αναψυκτηρίου (Π. Σταθόπουλος, 1999).

9. Εκκλησιαστική πρωτοβουλία. Ανάμεσα στις δραστηριότητες στήριξης για την Τρίτη Ηλικία, μεγάλη και σημαντική είναι η συμβολή της Εκκλησίας της Ελλάδος, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο Ενοριών, καθώς έχει συστήσει διάφορα προνοιακά προγράμματα στα πλαίσια της φιλανθρωπικής της αποστολής.

Πολλές Μητροπόλεις προσφέρουν προγράμματα κατασκηνώσεων σε δικές τους εγκαταστάσεις. Εφαρμόζονται προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων σε διάφορες ενορίες, με τη μορφή ξενώνων, λεσχών κοινωνικής στήριξης, ψυχαγωγίας, σίτισης, ομάδων συζήτησης, ακόμα και ιδρυματικής περίθαλψης (Π. Σταθόπουλος, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

### 9.1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με την Τρίτη Ηλικία

Ο κοινωνικός λειτουργός που θα ενταχθεί στην προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων, πρέπει να έχει όχι μόνο την ειδική επιστημονική κατάρτιση και γνώση, αλλά και τις ψυχικές αρετές, προκειμένου να φέρει εις πέρας το δύσκολο αυτό έργο. Για να αποδώσει ικανοποιητικά, πρέπει να πιστεύει στο λειτούργημα που ασκεί και να κρατά αμείωτη την ευαισθησία του, παρά την καθημερινότητα του επαγγέλματος (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 24).

Η συμπεριφορά του απέναντι στον ηλικιωμένο πρέπει να διέπεται από σεβασμό, ευγένεια, εκτίμηση και να διαθέτει απαραίτητα το χαρακτηριστικό της παραδοχής και της ενσυναίσθησης. Η φροντίδα του ηλικιωμένου, προϋποθέτει τη διαπιστωμένη γνώση του ψυχοδιανοητικού επιπέδου, των κοινωνικών αναγκών και των ικανοτήτων του (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 24). Ιδιαίτερα η κατάλληλη αξιοποίηση των ικανοτήτων κάθε υπερήλικα, του παρέχει όχι μόνο ψυχολογική τόνωση, αλλά και σωματική ευεξία και μεγιστοποίηση της λειτουργικής του αποδόσεως (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 28).

Η μεγάλη ηλικία δημιουργεί ψυχολογική απόσταση και αίσθημα απομόνωσης. Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται ήρεμα και σταθερά, να βοηθήσει στο αμοιβαίο πλησίασμα. Ακόμα και η απλή παρουσία ενός συναισθηματικά ήρεμου και σταθερού προσώπου που εμπνέει εμπιστοσύνη, ασκεί καθησυχαστική επίδραση και δίνει κουράγιο στον υπερήλικα. Το άτομο όμως, πρέπει αφενός να καταλάβει ότι δεν είναι σχέση στενής εξάρτησης αυτή που έχει με τον κοινωνικό λειτουργό και αφετέρου δεν πρέπει να έχει την εντύπωση ότι οι άλλοι τον απωθούν (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 24).

Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γνωρίζει πριν από την πρώτη συνάντηση τα βασικά στοιχεία του ηλικιωμένου ατόμου, όπως το όνομα, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και ότι άλλο κρίνεται αναγκαίο. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να υπάρχει μια κατάλληλη προετοιμασία για σωστότερη επικοινωνία και να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις. Με τη σωστή επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί ταχύτερα η συνεργασία προς την επιθυμητή κατεύθυνση, αφού η προσπάθεια γίνεται αμοιβαία και από τις δύο πλευρές. Ο ηλικιωμένος θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να μην αισθάνεται άχρηστος ή ανεπιθύμητος, αλλά αντίθετα να επανακτήσει την αυτοεκτίμησή του, νιώθοντας την ικανοποίησή του ότι ανήκει στη δημιουργική μερίδα της κοινωνίας (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 25).



Παράλληλα ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να παροτρύνει το άτομο να δει τη ζωή ξανά με ενδιαφέρον, τόσο με την αλλαγή της εξωτερικής του εμφάνισης όσο και με την αποδυνάμωση του συνηθισμένου αισθήματος ανασφάλειας και την εκπαίδευση για αυτοπροστασία. Σκόπιμο είναι το άτομο να μάθει να ζει και να χαίρεται αυτή τη φάση της ζωής του, να προσαρμοστεί στις πραγματικές καταστάσεις της και να προσπαθήσει να αναπτύξει περισσότερες ανθρώπινες σχέσεις. Η συναναστροφή με νεότερα άτομα συμβάλλει σημαντικά στην άμβλυνση του χάσματος των γενεών και στην αλληλοκατανόηση (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 25).

Η προσφορά των υπηρεσιών του κοινωνικού λειτουργού γίνεται με γνώμονα την ολοκληρωμένη ψυχοσωματική ανθρώπινη υπόσταση. Έτσι, κάθε ανθρώπινο πρόβλημα θεωρείται και αντιμετωπίζεται, όχι μεμονωμένα και τμηματικά, αλλά στα πλαίσια της συνολικής οντότητας και προσωπικότητας του ατόμου.

Στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού με την Τρίτη Ηλικία, περιλαμβάνονται η συμβολή στην πρόληψη των ιατροκοινωνικών προβλημάτων και η αντιμετώπιση των δυσάρεστων καταστάσεων που τα αφορά, με την κατάλληλη κινητοποίηση των αρμόδιων φορέων, μέσω του ρόλου του διαμεσολαβητή. Επίσης, η παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στους ίδιους και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον, η ανίχνευση αφανών αλλά υπαρκτών ατομικών, οικογενειακών, σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων και η συμμετοχή στην ερευνητική δραστηριότητα γύρω από την Τρίτη Ηλικία (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 26).

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι στέλεχος των διαφόρων ερευνητικών προγραμμάτων, πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας πρόληψης και περίθαλψης. Από την ενέργεια αυτή δεν ωφελείται μόνο ο ηλικιωμένος, αλλά και η κοινότητα γενικότερα με τον εμπλουτισμό και την προαγωγή της επιστημονικής γνώσης (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.: 27).

Συνοψίζοντας, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει χρήσιμη υποστήριξη και πολύτιμη βοήθεια σε όλες τις φάσεις της Τρίτης Ηλικίας. Η παροχή των υπηρεσιών του μπορεί να απευθύνεται στο ίδιο το ηλικιωμένο άτομο με πολυάριθμους τρόπους, που περιγράφηκαν παραπάνω (Κοινωνική Εργασία με Άτομα), ή ακόμη και στο στενό του περιβάλλον, δηλαδή το σύζυγο, τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους (Κοινωνική Εργασία με οικογένεια). Έχει τη δυνατότητα ακόμα να εκπαιδεύσει εθελοντές και ομάδες αυτοβοήθειας, που συγκροτούνται με σκοπό τη φροντίδα ηλικιωμένων, όπως επίσης και να συμμετέχει σε διεπιστημονικές ομάδες, όπου θα συνεργάζεται με άλλα στελέχη υγείας (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.).

## 9.2. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με τα άτομα που πάσχουν από άνοια

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα άτομα που πάσχουν από άνοια, περιλαμβάνει τρία επίπεδα παρέμβασης: στον ασθενή, στην οικογένειά του και στην κοινότητα. Όσον αφορά στον ασθενή κατά πρώτο λόγο του παρέχεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι ο κοινωνικός λειτουργός τον βοηθά να συνειδητοποιήσει την ασθένειά κατά την έναρξή της και - από τη στιγμή που είναι ικανός να το αντιληφθεί - να την αποδεχθεί και να αντιμετωπίσουν από κοινού τα αισθήματα «πένθους» που μπορεί να διακατέχουν το άτομο.

Κατόπιν, ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται σε θέματα αυτοεκτίμησης, δίνοντας έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες του ατόμου, οι οποίες οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή αποτελέσματα, διατηρώντας έτσι ή και αυξάνοντας τη λειτουργικότητα του ατόμου. Επίσης, παρέχεται ενθάρρυνση για σωστή διατροφή, για περιποίηση του εαυτού του και για να διατηρήσει για όσο μεγαλύτερο διάστημα μπορεί, τις χρόνιες συνήθειες που είχε, όπως για παράδειγμα τα ψώνια, τις διάφορες ενασχολήσεις και ενδιαφέροντα και άλλα. Τέλος παρακολουθείται για την τακτή και σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Κατά δεύτερο λόγο γίνεται εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, η οποία συμπεριλαμβάνει σαφή και ακριβή εξήγηση της νόσου, μετά όμως από την παρέμβαση του ψυχιάτρου, προγραμματισμό στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου και κράτηση σημειώσεων και τέλος προσφέρεται βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ενδεικτικές ταμπέλες στα συρτάρια.

Ακολουθεί προσπάθεια για φροντίδα, προκειμένου το άτομο να θεραπεύσει διάφορα παθολογικά προβλήματα, όπως όραση, ακοή και άλλες τυχόν δυσλειτουργίες που αντιμετωπίζει. Αμέσως μετά, ο κοινωνικός λειτουργός παρακολουθεί και ενθαρρύνει την αυτοφροντίδα, όπως είναι η περιποίηση του σώματος, του ντυσίματος και του σπιτιού, καθώς και τη συμμετοχή του ασθενή σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του. Ακόμα προτείνει και βοηθάει στην επίλυση νομικών, οικονομικών και ασφαλιστικών θεμάτων που αφορούν στην σύνταξη, στη μεταβίβαση περιουσίας, στην διαθήκη και στην παροχή επιδόματος στο άτομο που θα είναι ο φροντιστής του ασθενή, όσο ο ίδιος έχει συναίσθηση και σώας τας φρένας, ώστε να τα τακτοποιήσει (Σημειώσεις

του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Το δεύτερο επίπεδο παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού, απευθύνεται στην οικογένεια του πάσχοντα. Στην πρώτη φάση, δηλαδή κατά την έναρξη της νόσου, προτεραιότητα έχει η εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με τη φύση της άνοιας, τη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, τη χρησιμότητα και παράλληλα την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε η οικογένεια να είναι ενήμερη και προετοιμασμένη για το τι πρόκειται να ακολουθήσει.

Έπειτα ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί τη νόσο, αλλά και να ξεπεράσει τα αρνητικά συναισθήματα που πιθανόν έχουν δημιουργηθεί. Τα συναισθήματα που εξάρχουν, είναι αυτά της άρνησης και του θυμού σε αρχικό στάδιο, του άγχους και του φόβου που κυριεύει την οικογένεια, της ματαίωσης και της θλίψης, ενδεχομένως της ντροπής ή της ενοχής που νιώθουν τα άτομα για την κατάσταση, αλλά και της ψυχικής κόπωσης και εξάντλησης των ίδιων, που προκύπτουν από τη συνεχή φροντίδα και ενασχόλησή τους με τον ασθενή. Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει να επεξεργαστούν και να λυθούν και οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που οξύνονται λόγω της νόσου.

Στη δεύτερη φάση, κατά τη μέση περίοδο της νόσου, καθορίζεται το βαρυσήμαντο ζήτημα του φροντιστή, που θα επωμιστεί μια μεγάλη ευθύνη. Αυτή η απόφαση μπορεί να παρθεί σε οικογενειακό συμβούλιο με την ανάθεση του ρόλου σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή και να διερευνηθεί η λύση ενός επαγγελματία φροντιστή (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Κρίνεται σκόπιμη η ένταξη της οικογένειας σε ομάδες «συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια», που έχουν σαν στόχους την ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή, την αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων και την υποστήριξη μέσα από τη γενίκευση του προβλήματος. Η διαπίστωση της γενίκευσης κατορθώνει σχεδόν πάντα να ανακουφίζει ψυχολογικά τα εμπλεκόμενα μέλη, εξαιτίας της γνώσης ότι υπάρχουν πολλοί που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, που συνεπάγεται ότι δεν είναι οι μόνοι που περνούν μία τόσο οδυνηρή κατάσταση. Επίσης οι ομάδες αυτές, μέσα από τις υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσουν (όπως διάφορες διεκδικήσεις για όφελος των ασθενών) δημιουργούν θετική ανατροφοδότηση στα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν.

Ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει συνεργασία ανάμεσα στην οικογένεια και σε ειδικούς (π.χ. εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές), με στόχο την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ζωής του ασθενή και προσφέρει ατομική ψυχολογική υποστήριξη στον ίδιο τον φροντιστή (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Στην τρίτη φάση, κατά την τελική περίοδο της νόσου, ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει τις προσπάθειες που κατέβαλε στην δεύτερη φάση της ασθένειας, δίνοντας έμφαση στην ομαδική και ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών. Τέλος, με τις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις για περιποίηση του ασθενούς, εξασφαλίζει την εμπλοκή περισσότερων ατόμων στην φροντίδα του.

Το τρίτο επίπεδο στο οποίο παρεμβαίνει ο κοινωνικός λειτουργός, είναι η κοινότητα. Η παρέμβασή του μπορεί να κατευθύνεται στην έρευνα της κοινότητας για εύρεση ατόμων που πάσχουν από άνοια ή στην ευαισθητοποίησή της με στόχο την πρόληψη, την εξάλειψη προκαταλήψεων, φοβίας, στιγματισμού και απόρριψης απέναντι στα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

Μπορεί ακόμα, μέσα στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», να επισκέπτεται ασθενείς με άνοια. Να ενημερώνει την κοινότητα για προγράμματα που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η., να είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή προγραμμάτων εθελοντισμού (ειδικά σε μοναχικά άτομα) ή να δημιουργεί συλλόγους «συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια». Ακόμα, έχει τη δυνατότητα να εκπαιδεύει και να υποστηρίζει ομάδες φροντιστών, αλλά και να συνεργάζεται με υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, όπως είναι τα γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να ασκήσει πίεση στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής σχετικά με την ομάδα των ηλικιωμένων που πάσχουν από άνοια. Έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στον σχεδιασμό για τη δημιουργία υπηρεσιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται ακριβώς στις ανάγκες των ατόμων αυτών. Ακόμα μπορεί και να επηρεάσει από τη θέση του αρμόδιους φορείς, με στόχο την εισοδηματική ενίσχυση των φροντιστών, η οποία θα προκύψει από τη διαμόρφωση νομικού πλαισίου που θα εγκρίνει το επίδομα των φροντιστών μέσω των ασφαλιστικών φορέων (Σημειώσεις του μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» με υπεύθυνες καθηγήτριες τις Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη και Κ<sup>α</sup> Σφακιανάκη).

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 10.1. Κριτήρια επιλογής του ερευνητικού θέματος

Τα κριτήρια επιλογής θέματος για την εκπόνηση μιας πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνουν:

1. Ανταπόκριση με τα ενδιαφέροντα των σπουδαστών που την εκπονούν, σύνδεση με τα είδη των μαθημάτων που έχουν παρακολουθήσει.
2. Επιστημονικό αλλά και κοινωνικό ενδιαφέρον. Το θέμα που θα πραγματεύεται πρέπει να παρέχει χρησιμότητα και να προσθέτει γνώση στην ήδη υπάρχουσα.
3. Οι βιβλιογραφικές πηγές να είναι προσιτές. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία συναφής με το επιλεγμένο προς διερεύνηση θέμα, καθώς και προσβασιμότητα σε όλων των ειδών τις βοηθητικές πηγές.
4. Η μέθοδος διερεύνησης θα πρέπει να βρίσκεται στα πλαίσια της γνώσης των σπουδαστών και της εμπειρίας τους.
5. Ο επιβλέπων καθηγητής να ενδιαφέρεται και να διαθέτει γνώσεις για το επιλεγμένο θέμα, ώστε να είναι σε θέση να βοηθά, να κατευθύνει και να διορθώνει όπου χρειάζεται τους σπουδαστές στο εγχείρημά τους.

(Προφορικές σημειώσεις του μαθήματος «Συγγραφή Επιστημονικής Εργασίας» με υπεύθυνη καθηγήτρια την Κ<sup>α</sup> Παπαδάκη Β.)

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος λοιπόν ήταν απόρροια πολλών παραγόντων. Καταρχάς και οι δύο σπουδαστές έχουμε μεγάλη εμπειρία με την Τρίτη Ηλικία, καθώς έχουμε πραγματοποιήσει εργαστήρια ΣΤ' και Ζ' εξαμήνου σε Κ.Α.Π.Η. αλλά και ολόκληρη την εξάμηνη πρακτική μας άσκηση σε αυτά. Κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου, γνωρίσαμε πολύ καλά αυτή την ευαίσθητη κοινωνική ομάδα: μάθαμε τα ενδιαφέροντα και τον τρόπο ζωής τους, διαπιστώσαμε τα προβλήματα και τις ανάγκες τους, κατανοήσαμε τη σημαντικότητα του ρόλου και της προσφοράς τους στην ελληνική κοινωνία και για αυτούς τους λόγους ευαισθητοποιηθήκαμε απέναντί τους.

Το θέμα που επιλέξαμε θίγει καίρια κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίζει ένα σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων. Για το λόγο αυτό

θεωρήσαμε ότι χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και ανάλυσης. Βοηθητικό είναι το γεγονός ότι στο παρελθόν έχουμε λάβει ξανά μέρος σε έρευνες με ιατρικό περιεχόμενο που απευθύνονταν σε ηλικιωμένα άτομα.

Επίσης πρέπει να προσθέσουμε ότι η μέθοδος διερεύνησης που ακολουθήσαμε (έρευνα με ερωτηματολόγια) ήταν ήδη γνωστή σε εμάς και είχαμε τη δυνατότητα για συλλογή επαρκούς, συναφούς βιβλιογραφίας, αλλά και πρόσβαση σε διάφορες βοηθητικές πηγές.

Τέλος, να σημειωθεί ότι η υπεύθυνη καθηγήτριά μας, Κ<sup>α</sup> Παττακού, έδειξε μεγάλη προτίμηση και ενδιαφέρον για την παρούσα έρευνα και αδιαμφισβήτητα η εμπειρία και η κατάρτισή της πάνω στο θέμα βοήθησε στην πορεία της προσπάθειάς μας.

## **10.2. Σκοπός**

Σκοπός της επιστημονικής έρευνας γενικά, είναι να δώσει απάντηση σε σημαντικά ερωτήματα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων. Η απόφαση, αν ένα σημαντικό πρόβλημα, χρειάζεται, μπορεί ή πρέπει να ερευνηθεί με επιστημονικές μεθόδους είναι το πρώτο βήμα στην ερευνητική διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών ανάμεσα στα μέλη των Ε.Δ.Α.Π.Ε. Κορυδαλλού. Έγιναν μετρήσεις των γνωστικών λειτουργιών και της λειτουργικότητας σε μέλη άνω των 65 ετών, προκειμένου τα αποτελέσματα να μας δώσουν δόκιμα συμπεράσματα για την κατάσταση της Τρίτης Ηλικίας στη συγκεκριμένη περιοχή. Η σύνδεση του ερευνητικού με το θεωρητικό κομμάτι της μελέτης αποσαφηνίζει όλες τις έννοιες και εμπλουτίζει τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις.

Με το πέρας της έρευνας και μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, τα συμπεράσματα που προκύπτουν μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς όφελος των ίδιων των ηλικιωμένων, με την παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες και με εξατομικευμένη φροντίδα για την επίλυση των προβλημάτων τους και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Επίσης τα στοιχεία εξυπηρετούν και τα Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Κορυδαλλού και όλες τις συναφείς υπηρεσίες ως προς τις παροχές τους σε αυτή την ομάδα του πληθυσμού.

Τέλος, μέσα από την διαδικασία εκπόνησης αυτής της μελέτης σκοπός ήταν η δική μας εμπέδωση της θεωρητικής γνώσης που κατέχουμε από τη Σχολή αναφορικά

με την ερευνητική σκέψη και μεθοδολογία, τη συλλογή και ανάλυση βιβλιογραφίας και άλλων δεδομένων, όπως και τη σωστή σύνδεση αυτών των δύο με το γνωστικό αντικείμενο που πραγματευόμαστε. Ταυτόχρονα η πτυχιακή εργασία μας συντελεί στην προσθήκη επιπλέον γνώσεων πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, που διαθέτει μεγάλη επιστημονική και κοινωνική αξία για όλους μας.

### **10.3. Μεθοδολογία έρευνας**

Η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε στη μελέτη μας εναρμονίζεται πλήρως με τους ερευνητικούς κανόνες που τίθενται από τη σχολή Κοινωνικής Εργασίας για την εκπόνηση των πτυχιακών εργασιών, αλλά και από τις συναφείς βιβλιογραφικές αναφορές.

Το πεδίο που επιλέξαμε είναι ο Δήμος Κορυδαλλού του νομού Αττικής και πιο συγκεκριμένα ο πληθυσμός των μελών των Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) που είναι άνω των 65 ετών. Η τεχνική που εφαρμόστηκε για τη συλλογή στοιχείων, είναι η ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια. Επιλέχθηκε για το σημαντικό ποσοστό αξιοπιστίας που την διακρίνει, αφού δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης μεγάλου αριθμού ατόμων, αλλά και για την ακρίβεια που τη χαρακτηρίζει.

Πιο συγκεκριμένα, για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια: α) το Mini Mental State Examination test, που ανιχνεύει τα επίπεδα γνωστικής διαταραχής, β) το Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, που ανιχνεύει τα επίπεδα λειτουργικότητας, γ) το Geriatric Depression Scale, που ανιχνεύει την καταθλιπτική διάθεση σε άτομα Γ' Ηλικίας και δ) το Hamilton Depression Rating Scale, το οποίο εκτιμά τη βαρύτητα της κατάθλιψης και την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών. Υπήρχε και ένα πέμπτο ερωτηματολόγιο όπου συμπληρώναμε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, προκειμένου να βοηθήσει στην ανάλυση της έρευνας και στην εξαγωγή πιο ουσιαστικών συμπερασμάτων. Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για την ανάλυση των απαντήσεων.

Η επιλογή του δείγματος από τα πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού ήταν τυχαία. Ο συνολικός αριθμός των εγγεγραμμένων μελών ανέρχεται στα 2.650 μέλη, εκ των οποίων τα 2.207 είναι ηλικίας από 65 και άνω (ποσοστό 83%). Εμείς συμπεριλάβαμε στην έρευνά μας 220 μέλη, δηλαδή 44 άτομα από το κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί με το ποσοστό του 10% των μελών που είναι άνω των 65

ετών και επίσης αποτελεί το 8,3% του συνολικού αριθμού των εγγεγραμμένων μελών όλων των Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού.

Για την επιλογή του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της τυχαίας διαλογής. Επιλέγαμε τυχαία 22 άντρες και 22 γυναίκες από τα ενεργά μέλη του κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. Σε περίπτωση άρνησης κάποιου μέλους, προχωρούσαμε στην επόμενη τυχαία επιλογή.

Από τα παραπάνω, φαίνεται ότι η έρευνα πληρεί τις προϋποθέσεις που απαιτούνται ακαδημαϊκά για την πραγματοποίηση πτυχιακής εργασίας. Με ένα δείγμα της τάξεως του 10%, έχουμε στη διάθεσή μας αποτελέσματα στατιστικά μετρήσιμα και τη δυνατότητα εξαγωγής αξιόλογων συμπερασμάτων.

#### **10.4. Τεχνικές συλλογής δεδομένων – Ερευνητικά εργαλεία**

Στην προσπάθειά μας να φέρουμε εις πέρας τη συγκεκριμένη έρευνα, έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τα κατάλληλα μέσα, τα οποία θα ανταποκρίνονταν στους στόχους μας και θα καθιστούσαν εφικτή τη συλλογή των πληροφοριών που χρειαζόμασταν. Τελικά επιλέξαμε την ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις.

Αυτός ο τρόπος συλλογής δεδομένων προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα, καθώς δίνεται η δυνατότητα να έχουμε μια συνολική, αλλά κυρίως συγκεκριμένη εικόνα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων σε συνάρτηση με τη διερεύνηση του επιπέδου της γνωστικής λειτουργίας που διαθέτουν.

Προτού ξεκινήσουμε την έρευνα, κοινοποιήσαμε τους σκοπούς μας στους κοινωνικούς λειτουργούς των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. Εξηγήσαμε επακριβώς τι πρόκειται να κάνουμε, τονίσαμε τα οφέλη που θα αποκομίσουν τόσο τα ίδια τα Ε.Δ.Α.Π.Ε. όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί στο αντικείμενό τους από τα αποτελέσματα που θα προέκυπταν και κατόπιν ζητήσαμε να μας δώσουν την έγκρισή τους, αλλά και τη συνεργασία τους για την ομαλή διεξαγωγή της έρευνας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμφώνησαν αμέσως, αλλά μας παρότρυναν να ζητήσουμε με γραπτή αίτηση την άδεια και από την Πρόεδρο των Ε.Δ.Α.Π.Ε. ώστε να μην υπάρχει κανένα κώλυμα. Πράγματι, αφού την ενημερώσαμε, η Πρόεδρος μάς έδωσε την άδεια με τον όρο ότι θα τηρήσουμε την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και ότι δε θα εκθέσουμε με κανένα τρόπο τα προσωπικά δεδομένα των ηλικιωμένων.



Οι κοινωνικοί λειτουργοί φρόντισαν κατά την παρουσία μας, να μας συστήνουν στα μέλη τους, να εξηγούν τον σκοπό για τον οποίο ήμασταν εκεί και να τους προτρέπουν να συμμετέχουν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιήσαμε συνολικά 5 ερωτηματολόγια στις συνεντεύξεις μας, τα οποία συμπληρώναμε οι ίδιοι, μαρκάροντας κάθε απάντηση που μας έδινε ο ερωτώμενος. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περίπου 20 με 25 λεπτά.

Ο πρωταρχικός μας σκοπός ήταν να δημιουργούμε με την όλη συμπεριφορά μας ένα κλίμα εμπιστοσύνης. Αυτό το επιτυγχάναμε με το να λύνουμε όλες τις τυχόν απορίες των ερωτώμενων, να τους δίνουμε χρόνο να σκεφτούν τις απαντήσεις τους χωρίς πίεση, να χρησιμοποιούμε απλό λεξιλόγιο, να τους εγγυούμαστε την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και την τήρηση του απόρρητου, αλλά πάνω από όλα με το να είμαστε ευγενικοί μαζί τους, ούτως ώστε να απαντούν χωρίς ενδοιασμούς σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω ακολουθεί η ανάλυση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν:

1. Δημογραφικά στοιχεία.

Πρόκειται για μια σειρά εισαγωγικών ερωτήσεων, μέσω των οποίων καταγράφαμε τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων όπως την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το εισόδημα, τις υπάρχουσες ασθένειες, την επίγνωση που είχαν για τη νόσο Alzheimer, την ύπαρξη κάποιου ανοϊκού συγγενή, καθώς και βασικές τους συνήθειες που αφορούν στο διάβασμα και τη γυμναστική.

2. Το Mini Mental State Examination test, μια κλίμακα ανίχνευσης της γνωστικής διαταραχής.

Είναι ένα σύντομο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο μεταφρασμένο και σταθμισμένο στην Ελλάδα (Fountoulakis et al., 1999) και χρησιμοποιείται ευρύτατα από όλες σχεδόν τις ειδικότητες επιστημόνων υγείας για μια γρήγορη αξιολόγηση του επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών. Η κλίμακα MMSE αποτελείται από 6 υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα αφορά στις ερωτήσεις 1 - 10 για τον προσανατολισμό. Η δεύτερη υποκλίμακα αφορά στις ερωτήσεις 11 - 13 για την εγχάραξη. Η τρίτη υποκλίμακα αφορά στις ερωτήσεις 14 - 18 για την προσοχή και την ικανότητα υπολογισμών. Η τέταρτη υποκλίμακα αφορά στις ερωτήσεις 19 - 21 για την ανάκληση. Η πέμπτη υποκλίμακα αφορά στις ερωτήσεις 22 - 29 για την χρήση της γλώσσας. Τέλος η έκτη υποκλίμακα αφορά

στην ερώτηση 30 για την ικανότητα πραξίας. Το σύνολο ήταν 30 ερωτήσεις σύντομης απάντησης και με βάση τις σωστές απαντήσεις έβγαине το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 26 - 30 δείχνουν ότι δεν υπάρχει γνωστική διαταραχή. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 21 - 25 δείχνουν ήπια γνωστική διαταραχή. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 11 - 20 δείχνουν μέτρια γνωστική διαταραχή. Τέλος, οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0 - 10 δείχνουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

3. Το Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, μια κλίμακα μέτρησης για το επίπεδο λειτουργικότητας ατόμων άνω των 65 ετών.

Είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στην Ελλάδα (Fountoulakis et al., 1999). Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την ικανότητα των ηλικιωμένων να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, καθώς και στην ικανότητά τους για ανάκληση γεγονότων, ονομάτων και προσώπων. Τέλος στο ερωτηματολόγιο ερευνάται το ποσοστό της σφαιρικής σύγχυσης, του προσανατολισμού τους στον χώρο, της συγκινησιακής τους κατάστασης και της τους κοινωνικής απαντητικότητας. Το σύνολο ήταν 14 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (από 1 - 4) και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαине το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0 - 6 δείχνουν ότι δεν υπάρχει διαταραχή της λειτουργικότητας. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 7 και άνω δείχνουν διαταραχή της λειτουργικότητας και όσο μεγαλύτερο το σκορ τόσο πιο σοβαρή είναι και η διαταραχή.

4. Το Geriatric Depression Scale, που ανιχνεύει την καταθλιπτική διάθεση ατόμων άνω των 65 ετών.

Είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στην Ελλάδα (Fountoulakis et al., 1999). Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις καθημερινές συνήθειες των ηλικιωμένων, τις αντιδράσεις τους κυρίως σε περιπτώσεις ψυχολογικής επιβάρυνσης, τις αντιλήψεις τους για την ίδια τη ζωή, καθώς και την ψυχική τους διάθεση, προκειμένου να μετρηθεί η καταθλιπτική διάθεση. Το σύνολο ήταν 30 ερωτήσεις με απάντηση «ναι» ή «όχι» και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαине το σκορ. Βαθμολογούσαμε με 1 το «όχι» στις ερωτήσεις: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 και με 1 το «ναι» στις υπόλοιπες ερωτήσεις. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0 - 10 δείχνουν ότι δεν υπάρχει κατάθλιψη. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 11 - 15 δείχνουν καταθλιπτική διάθεση. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 16 - 30 δείχνουν καταθλιπτική διαταραχή.

5. Το Hamilton Depression Rating Scale είναι ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης, αλλά και της αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπειών.

Είναι μεταφρασμένο και σταθμισμένο στην Ελλάδα (Fountoulakis et al., 1999). Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την καταθλιπτική διάθεση που τυχόν εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι, καθώς και τις σωματικές ενοχλήσεις που προκύπτουν ως ψυχοσωματικά συμπτώματα λόγω της ύπαρξης της ασθένειας. Τέλος, ερευνά την αντιληπτική τους ικανότητα για συνειδητοποίηση της ασθένειας. Το σύνολο ήταν 16 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαине το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0 - 10 δείχνουν ότι δεν υπάρχει κατάθλιψη. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 11 - 20 δείχνουν καταθλιπτική διάθεση και οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 21 - 30 δείχνουν καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης υπήρχε μια ερώτηση που συμπληρωνόταν από εμάς και η οποία αφορούσε στο κατά πόσο -κατά την κρίση μας- ο ερωτώμενος είχε επίγνωση του νοσηρού και αφορούσε τις περιπτώσεις ατόμων που ήδη πάσχουν από καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή. Όταν αυτό δεν υπήρχε έμπαινε μηδενική επιλογή, που δηλώνει ότι δεν εμφανίζει το άτομο συμπτώματα κατάθλιψης.

Με το πέρας της έρευνας δημιουργήσαμε βάση δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και κατασκευάσαμε όλες τις απαραίτητες κατηγοριοποιήσεις, αφού εξετάσαμε τα ερωτηματολόγια συνολικά, προκειμένου να κρίνουμε ποιες είναι οι πιο συμφέρουσες και θα βοηθήσουν την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων. Κατόπιν κωδικοποιήσαμε τα ερωτηματολόγια με αύξοντα αριθμό, για να μπορούμε να ανατρέξουμε πιο εύκολα στην περίπτωση που χρειάζονταν διορθώσεις και μετά τα περάσαμε στη βάση.

Μετά την εκμάθηση του τρόπου λειτουργίας του SPSS, εξάγαμε τις συχνότητες και τα ποσοστά των δημογραφικών απαντήσεων και ακολούθως συσχετίσαμε δεδομένα μεταξύ τους, προκειμένου να καταλήξουμε στα συμπεράσματα της έρευνας και να δώσουμε μια πιο σαφή εικόνα της κατάστασης που επικρατεί. Τα στατιστικά μέτρα που χρησιμοποιήσαμε για την εξαγωγή των πινάκων είναι τα εξής: α) Frequencies (Συχνότητες), τις οποίες χρησιμοποιήσαμε στα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, β) Pearson Correlation (Συσχετίσεις), χρησιμοποιήθηκαν για να συσχετίσουμε αριθμητικά δεδομένα μεταξύ τους, γ) Oneway Anova, με το οποίο εξάγαμε τους μέσους όρους μετά από συσχετίσεις ποσοτικών με ποιοτικά δεδομένα και δ) Independent Samples T - test, με το οποίο εξάγαμε μέσους όρους μετά από

συσχετίσεις ποσοτικών με ποιοτικά δεδομένα μέχρι δύο ομάδων (συνήθως με ομάδες «ναι» και «όχι»).

### **10.5. Δυσκολίες**

Κατά την περίοδο εκπόνησης της μελέτης μας συναντήσαμε ορισμένες δυσκολίες, οι οποίες επικεντρώθηκαν στο κομμάτι της έρευνας. Αν και αρχίσαμε τη διαδικασία της έρευνας με τις καλύτερες προδιαγραφές, έχοντας την άδεια από την Πρόεδρο των Ε.Δ.Α.Π.Ε. και την πλήρη συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς και εφόσον ο καθένας ενημέρωνε κατάλληλα και παρότρυνε τα μέλη να συμμετέχουν, μας φάνηκε απίστευτο το μέγεθος της άρνησης που συναντήσαμε από την πλευρά τους.

Η κατάσταση που αντιμετωπίσαμε ήταν πολύ διαφορετική συγκριτικά με την εμπειρία που είχαμε με την Τρίτη Ηλικία, από τα εργαστήριά μας στο Ηράκλειο. Εκεί οι σχέσεις με τα μέλη ήταν πιο οικείες και τα ίδια τα άτομα ήταν πιο προσιτά. Στα Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού, παρατηρήσαμε από τα μέλη δυσπιστία και μεγάλη επιφυλακτικότητα απέναντι στη συνέντευξη, παρόλο που τόσο εμείς όσο και οι κοινωνικοί λειτουργοί, παρείχαμε εγγυήσεις (προφορικές και γραπτές) για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων.

Προσωπικός μας στόχος ήταν να εξηγήσουμε στον ερωτώμενο το σκοπό της έρευνας, να δημιουργούμε κλίμα άνεσης με την ευγένεια και τη γενικότερη συμπεριφορά μας, ώστε να διεγείρουμε κάθε φορά το ενδιαφέρον για συνεργασία, πράγμα που δε στάθηκε πάντα δυνατό.

Ένας παράγοντας που θεωρούμε ότι διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο, ήταν η έκταση των ερωτηματολογίων. Ιδιαίτερα τα μεγαλύτερα σε ηλικία μέλη παρουσίαζαν κόπωση και δυσκολία στην ολοκλήρωση της συνέντευξης και δεν έλειψαν μάλιστα και οι περιπτώσεις ατόμων που εγκατέλειψαν στη μέση με την αιτιολογία της κούρασης.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρχαν δύο ερωτήματα, αυτό του μηνιαίου εισοδήματος και αυτό της σεξουαλικότητας, που δημιουργούσαν σε κάποιους ερωτώμενους αμηχανία και απροθυμία να απαντήσουν.

Ως συνέπεια όλων των παραπάνω, εγκαταλείψαμε τον αρχικό μας στόχο που ήταν το δείγμα να επιλεγεί τυχαία, με βάση τον αριθμητικό κατάλογο των μελών κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. ανά πεντάδα και αναπροσαρμόστηκε στην τυχαία διαλογή ενεργών μελών. Και σε αυτή μας την επιλογή όμως συναντήσαμε δυσκολίες, γιατί, παρόλο που τα εγγεγραμμένα μέλη του κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. ήταν κατά μέσο όρο 400 με 450, τα ενεργά μέλη δεν ξεπερνούσαν τα 30 με 50 άτομα στην καλύτερη περίπτωση. Δεδομένου ότι εμείς χρειαζόμασταν 44 άτομα από το κάθε Ε.Δ.Α.Π.Ε. και μάλιστα 22 άνδρες και 22 γυναίκες, ώστε να είναι ισομερές το δείγμα, αλλά και δεδομένης της άρνησης που προαναφέραμε, η συλλογή ερωτηματολογίων κατέστη πάρα πολύ δύσκολη και χρονοβόρα. Υπήρξαν μέρες που επισκεπτόμασταν τα Ε.Δ.Α.Π.Ε. και δεν βλέπαμε κάποιο καινούριο μέλος που να μην του έχουμε πάρει συνέντευξη και φεύγαμε έτσι άπρακτοι. Για αυτούς τους λόγους καθυστέρησε πάρα πολύ η ολοκλήρωση της έρευνας.

Τέλος, μία άλλη δυσκολία – κυρίως ηθικής και δεοντολογικής φύσεως – που αντιμετωπίσαμε, ήταν στο γεγονός ότι, συχνά στη συνέντευξη τα μέλη εμφάνιζαν την ανάγκη μιλήσουν για καταστάσεις της ζωής τους που έχρηζαν Κοινωνικής Εργασίας ή νιώθαμε ότι ήθελαν απλά κάποιον να τους ακούσει και αισθανόμασταν άβολα που έπρεπε να τους διακόπτουμε. Οφείλαμε όμως να θέτουμε ορισμένα όρια προκειμένου να περιορίζουμε τη συνέντευξη σε ένα λογικό πλαίσιο χρόνου, για να έχουμε τη δυνατότητα συνεντεύξεων και με άλλα μέλη που αδυνατούσαν να περιμένουν πολλή ώρα.

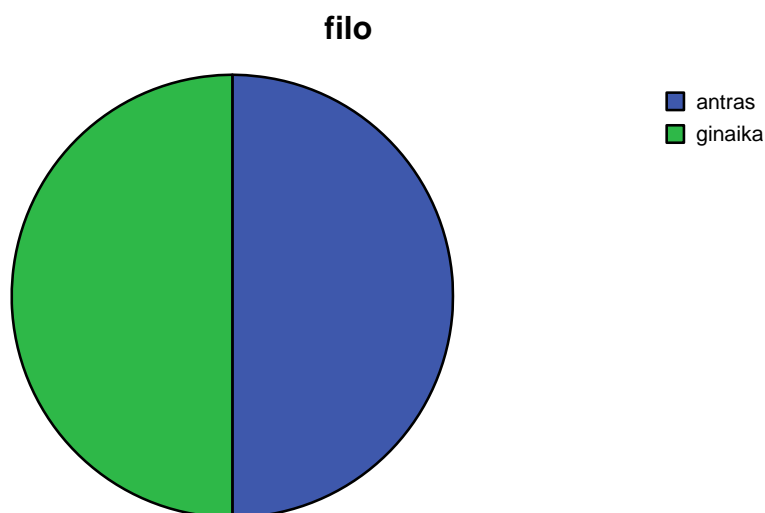
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ακολουθούν οι πίνακες που εξάγαμε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι από το συνολικό δείγμα των 220 ερωτηθέντων, οι 110 ήταν άντρες (ποσοστό 50%) και οι 110 ήταν γυναίκες (ποσοστό 50%) και υποδηλώνει την ισομέρεια του δείγματος.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΝΔΡΑΣ	110	50%
ΓΥΝΑΙΚΑ	110	50%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100%</b>



### ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ποιο ποσοστό του δείγματος ανήκε στις παρακάτω ηλικιακές ομάδες:

από 65 έως 69 ετών ήταν 69 άτομα, δηλαδή το 31,4% του δείγματος.

από 70 έως 74 ετών ήταν 59 άτομα, δηλαδή το 26,8% του δείγματος.

από 75 έως 79 ετών ήταν 47 άτομα, δηλαδή το 21,4% του δείγματος.

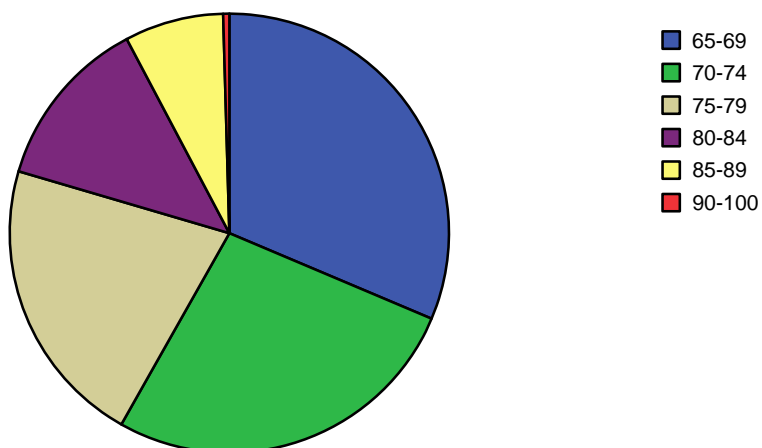
από 80 έως 84 ετών ήταν 28 άτομα, δηλαδή το 12,7% του δείγματος.

από 85 έως 90 ετών ήταν 16 άτομα, δηλαδή το 7,3% του δείγματος.

από 90 έως 100 ετών ήταν 1 άτομο, δηλαδή το 0,5% του δείγματος.

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
65-69	69	31,4
70-74	59	26,8
75-79	47	21,4
80-84	28	12,7
85-90	16	7,3
90-100	1	0,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**diavathmisi ilikias**



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος.

Παρατηρείται λοιπόν ότι:

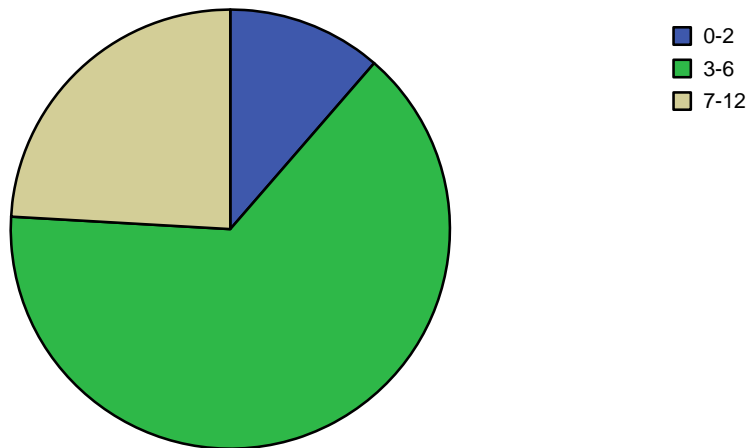
25 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 0 έως 2 χρόνια, δηλαδή ποσοστό 11,4%.

142 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 3 έως 6 χρόνια, δηλαδή ποσοστό 64,5%.

53 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 7 έως 12 χρόνια, δηλαδή ποσοστό 24,1%.

ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0-2	25	11,4
3-6	142	64,5
7-12	53	24,1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### χρονια εκπαideusis



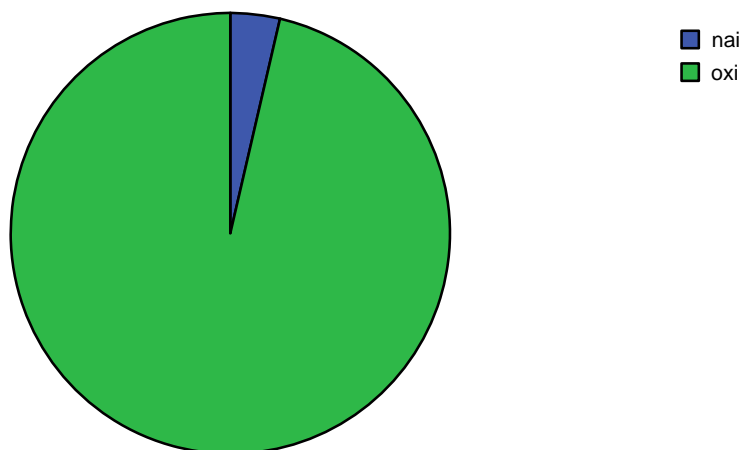
### ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Παρατηρείται λοιπόν ότι:

8 άτομα έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή ποσοστό 5,8% και 212 άτομα δεν έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή ποσοστό 94,2%.

ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	8	5,8
ΟΧΙ	212	94,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### oloklirwsi trt. ekpaideusis





## ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το ποσοστό των ερωτώμενων που ανήκει σε κάθε κατηγορία επαγγέλματος. Έτσι:

2 άτομα ανήκουν στην κατηγορία των επιστημόνων, δηλαδή το 0,9%.

2 άτομα ανήκουν στα εκπαιδευτικά επαγγέλματα, δηλαδή το 0,9%.

62 άτομα είναι υπάλληλοι δημόσιου/ ιδιωτικού τομέα, δηλαδή το 28,2%.

34 άτομα είναι επιχειρηματίες, δηλαδή το 15,5%.

16 άτομα είναι αγρότες, κτηνοτρόφοι και δασικοί, δηλαδή το 7,3%.

11 άτομα είναι αυτοκινητιστές, δηλαδή το 5,0%.

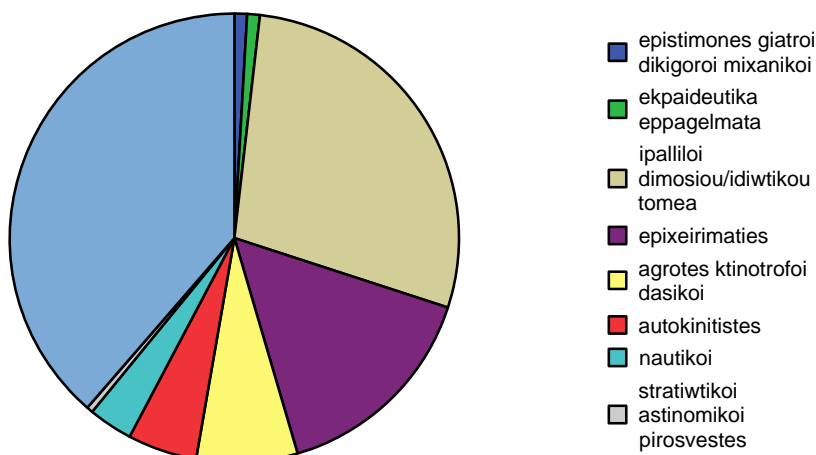
7 άτομα είναι ναυτικοί, δηλαδή το 3,2%.

1 άτομο ανήκει στην κατηγορία των στρατιωτικών/ αστυνομικών/ πυροσβεστών, δηλαδή το 0,5%.

85 άτομα ασχολούνται με οικιακά, δηλαδή το 38,6%.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ, ΓΙΑΤΡΟΙ, ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ, ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ	2	0,9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	2	0,9
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ/ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	62	28,2
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ	34	15,5
ΑΓΡΟΤΕΣ, ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ, ΔΑΣΙΚΟΙ	16	7,3
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΕΣ	11	5,0
ΝΑΥΤΙΚΟΙ	7	3,2
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ, ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΕΣ	1	0,5
ΟΙΚΙΑΚΑ	85	38,6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### επαγγελμα



### ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος:

6 άτομα είναι άγαμα, δηλαδή ποσοστό 2,7%.

128 άτομα είναι έγγαμα, δηλαδή ποσοστό 58,2%.

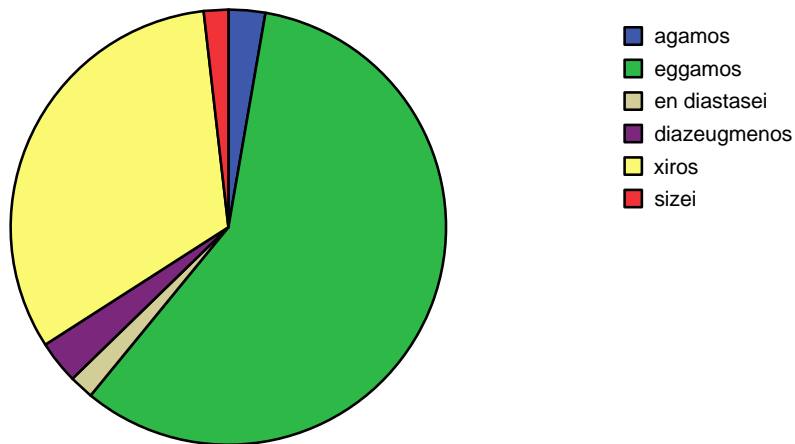
4 άτομα είναι εν διαστάσει, δηλαδή ποσοστό 1,8%.

7 άτομα είναι διαζευγμένα, δηλαδή ποσοστό 3,2%.

71 άτομα είναι χήροι, δηλαδή ποσοστό 32,3%.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΓΑΜΟΣ	6	2,7
ΕΓΓΑΜΟΣ	128	58,2
ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ	4	1,8
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ Η	7	3,2
ΧΗΡΟΣ/ Α	71	32,3
ΣΥΖΕΙ	4	1,8
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### οικογενειακι katastasi



### ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ

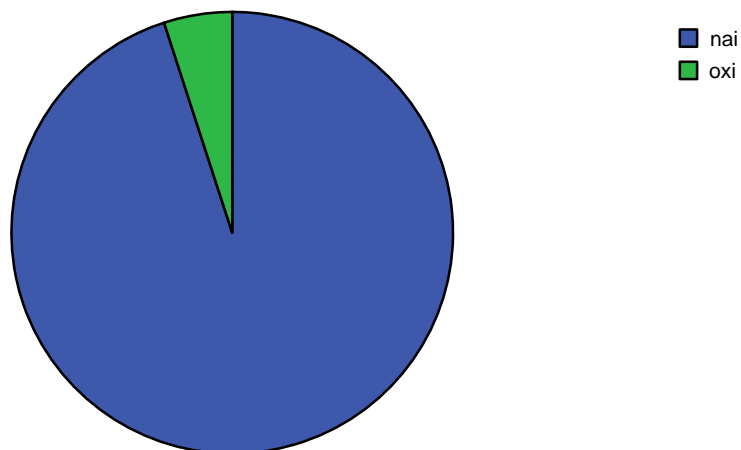
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται αν έχουν παιδιά ή όχι οι ερωτώμενοι.

209 άτομα απάντησαν πως έχουν παιδιά, δηλαδή το 95,0%.

11 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν παιδιά, δηλαδή το 5,0%.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	209	95,0
ΟΧΙ	11	5,0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### exete paidia



## ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΜΕΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΟΛΗ

Στον παρακάτω πίνακα διαφαίνεται από τους ερωτώμενους που απάντησαν ότι έχουν παιδιά, ποιο ποσοστό διαμένει στην ίδια πόλη.

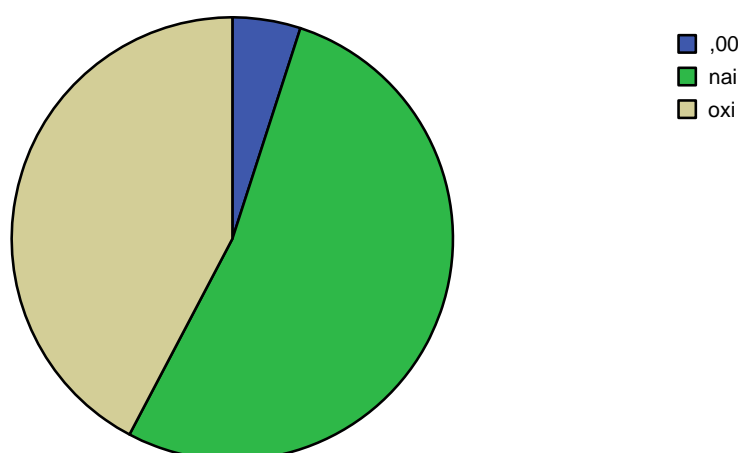
209 άτομα απάντησαν ότι έχουν παιδιά, δηλαδή ποσοστό 95% και από αυτούς:

116 άτομα απάντησαν ότι τα παιδιά τους μένουν στην ίδια πόλη, δηλαδή το 52,7%.

93 άτομα απάντησαν ότι τα παιδιά τους δεν μένουν στην ίδια πόλη, δηλαδή το 42,3%.

ΜΕΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΟΛΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ (,00)	11	5,0
ΝΑΙ	116	52,7
ΟΧΙ	93	42,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**idia poli me sas ta paidia**



## ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η ασφάλιση των ερωτώμενων.

109 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΙΚΑ, δηλαδή το 49,5%.

20 άτομα είναι ασφαλισμένα στον ΟΓΑ, δηλαδή το 9,1%.

41 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΕΒΕ, δηλαδή το 18,6%.

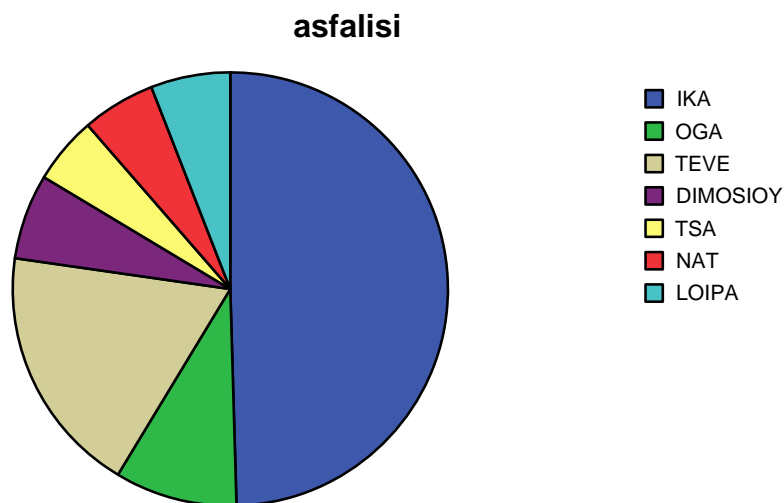
14 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΔΗΜΟΣΙΟ, δηλαδή το 6,4%.

11 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΣΑ, δηλαδή το 5,0%.

12 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΝΑΤ, δηλαδή το 5,5%.

13 άτομα είναι ασφαλισμένα σε λοιπά ταμεία, δηλαδή το 5,9%.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΙΚΑ	109	49,5
ΟΓΑ	20	9,1
ΤΕΒΕ	41	18,6
ΔΗΜΟΣΙΟΥ	14	6,4
ΤΣΑ	11	5,0
ΝΑΤ	12	5,5
ΛΟΙΠΑ	13	5,9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που πραγματοποιήσαμε. Ο μέσος όρος του εισοδήματος κυμαίνεται στα M= 795 ευρώ, λόγω του ότι υπήρξε ένα ποσοστό ηλικιωμένων με σχετικά υψηλό εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα:

3 άτομα έχουν εισόδημα 0-200 ευρώ, δηλαδή το 1,4%.

49 άτομα έχουν εισόδημα 201-500 ευρώ, δηλαδή το 22,3%.

65 άτομα έχουν εισόδημα 501-700 ευρώ, δηλαδή το 29,5%.

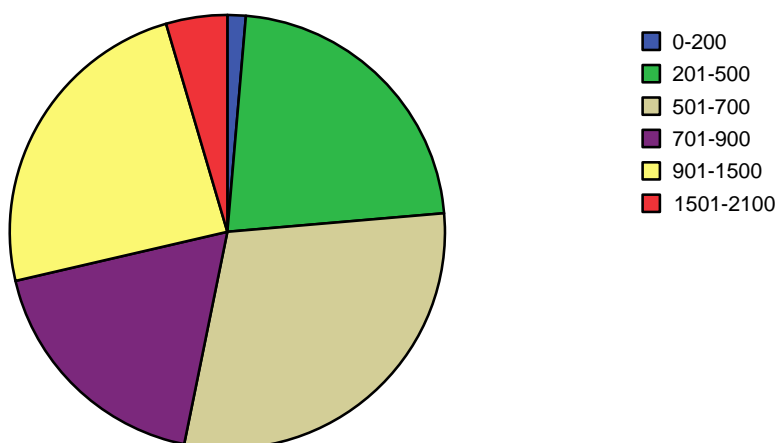
40 άτομα έχουν εισόδημα 701-900 ευρώ, δηλαδή το 18,2%.

53 άτομα έχουν εισόδημα 901-1500 ευρώ, δηλαδή το 24,1%.

10 άτομα έχουν εισόδημα 1501- 2100 ευρώ, δηλαδή το 4,5%.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0-200	3	1,4
201-500	49	22,3
501-700	65	29,5
701-900	40	18,2
901-1500	53	24,1
1501-2100	10	4,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**miniaioeisodima**



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο χώρος διαμονής των ηλικιωμένων.

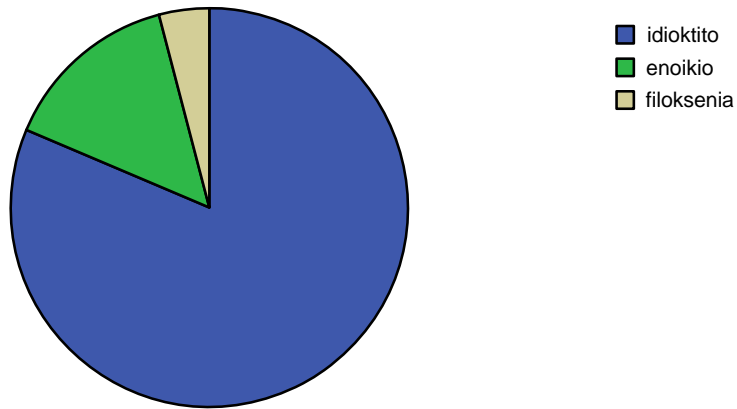
179 άτομα μένουν σε δικό τους σπίτι, δηλαδή το 81,4%.

32 άτομα μένουν σε ενοικιαζόμενο σπίτι, δηλαδή το 14,5%.

9 άτομα φιλοξενούνται από τα παιδιά τους, δηλαδή το 4,1%.

ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ	179	81,4
ΜΕ ΕΝΟΙΚΙΟ	32	14,5
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ	9	4,1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**xwros diamonis**



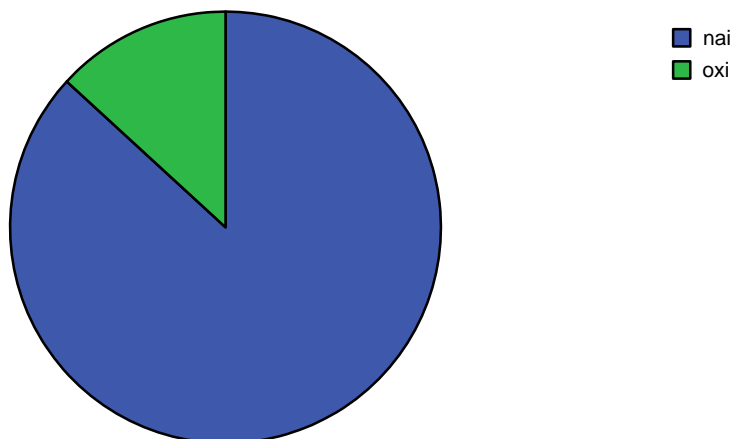
**ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Στον παρακάτω πίνακα πόσοι ερωτώμενοι έχουν προβλήματα υγείας:

191 άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, δηλαδή το 86,8%, ενώ 29 άτομα δεν αντιμετωπίζουν, δηλαδή το 13,2%.

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΝΑΙ	191	86,8
ΟΧΙ	29	13,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**provlima ygeias**



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΡΧΕΙ**

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σύμφωνα με την Παγκόσμια Κατάταξη Υγείας, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. 29 άτομα δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, δηλαδή το 13,2%. Από τους υπόλοιπους 191:

4 άτομα πάσχουν από νεοπλάσματα, δηλαδή το 1,8%.

34 άτομα πάσχουν από ενδοκρινικά νοσήματα, δηλαδή το 15,5%.

43 άτομα πάσχουν από νοσήματα του αίματος, δηλαδή το 19,5%.

4 άτομα πάσχουν από ψυχικά νοσήματα, δηλαδή το 1,8%.

9 άτομα πάσχουν από νοσήματα του νευρικού συστήματος, δηλαδή το 4,1%.

42 άτομα πάσχουν από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, το 19,1%.

13 άτομα πάσχουν από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, το 5,9%.

4 άτομα πάσχουν από νοσήματα του πεπτικού συστήματος, το 1,8%.

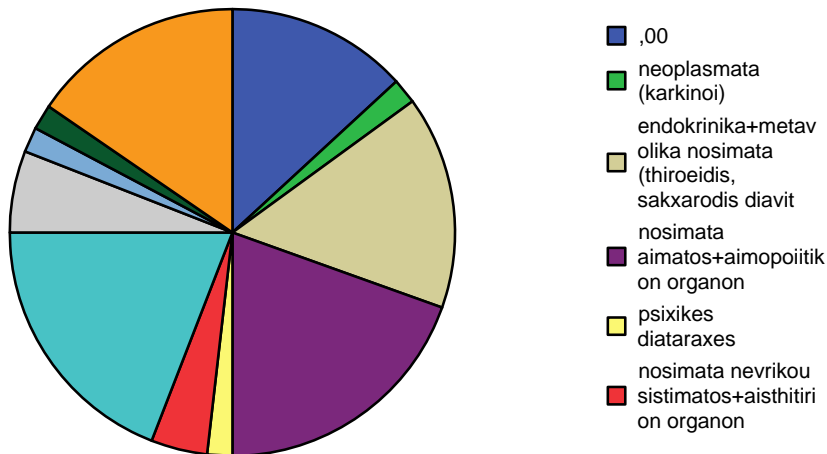
4 άτομα πάσχουν από νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος, το 1,8%.

34 άτομα πάσχουν από νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος, δηλαδή το 15,5%.

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ %</b>
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ (,00)	29	13,2
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	4	1,8
ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	34	15,5
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	43	19,5
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	4	1,8
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	9	4,1
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	42	19,1
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	13	5,9
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	4	1,8
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	4	1,8
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ	34	15,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>



### ti provlima ygeias

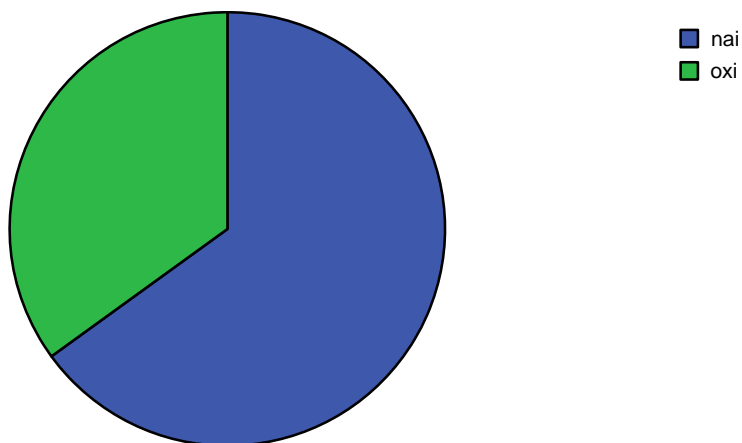


### ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε πόσοι ερωτώμενοι έχουν φροντιστή στο σπίτι. 143 άτομα απάντησαν πως έχουν φροντιστή στο σπίτι, δηλαδή το 65,0%, ενώ 77 άτομα, δηλαδή το 35,0% απάντησαν πως δεν έχουν φροντιστή.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	143	65,0
ΟΧΙ	77	35,0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### frontida sto spiti



### ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΠΟΙΑ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ποια είναι η σχέση του ερωτώμενου με τον φροντιστή. 77 άτομα δεν έχουν φροντιστή, δηλαδή το 35,0%.

90 άτομα έχουν για φροντιστή τον/ την σύζυγό τους, δηλαδή το 40,9%.

36 άτομα έχουν για φροντιστή τα παιδιά τους, δηλαδή το 16,4%.

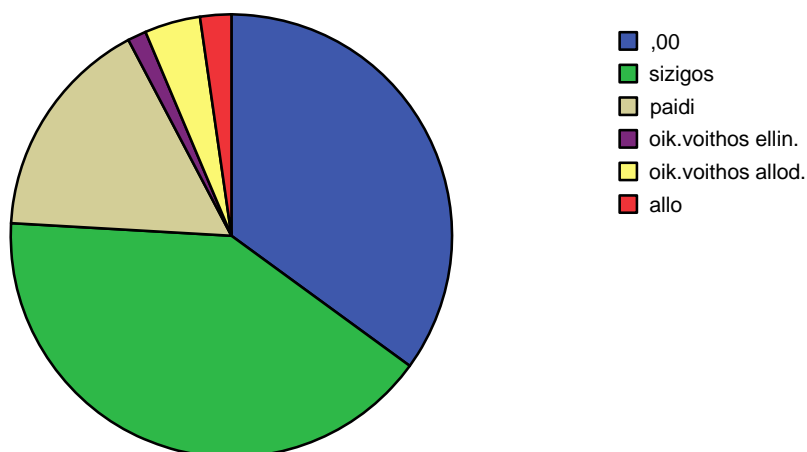
3 άτομα έχουν για φροντιστή ελληνίδα οικιακή βοηθό, δηλαδή το 1,4%.

9 άτομα έχουν για φροντιστή αλλοδαπή οικιακή βοηθό, δηλαδή το 4,1%.

5 άτομα έχουν για φροντιστή κάποιον άλλον, δηλαδή το 2,3%.

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ (,00)	77	35,0
ΣΥΖΥΓΟΣ	90	40,9
ΠΑΙΔΙ	36	16,4
ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	3	1,4
ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	9	4,1
ΑΛΛΟΣ	5	2,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**sxesi me frontisti**



### ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται πόσο συχνή είναι η φροντίδα που λαμβάνουν οι ερωτώμενοι. 77 άτομα δεν λαμβάνουν φροντίδα, δηλαδή ποσοστό 35,0%.

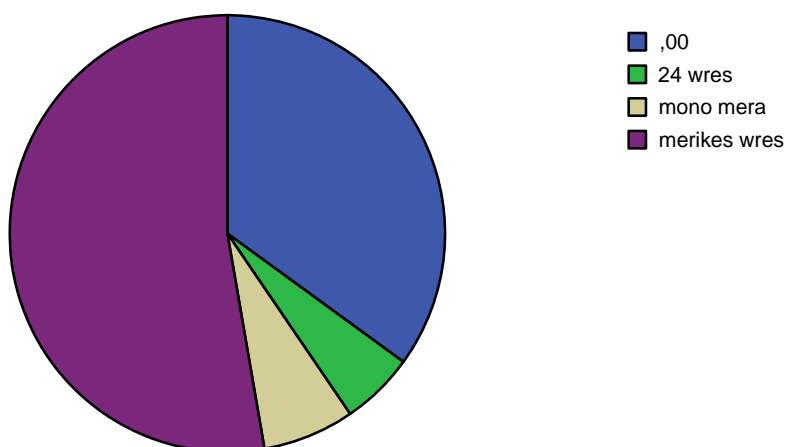
12 άτομα, δηλαδή το 5,5% λαμβάνουν φροντίδα 24 ώρες.

15 άτομα λαμβάνουν φροντίδα μόνο την ημέρα, δηλαδή το 6,8%.

116 άτομα λαμβάνουν φροντίδα μόνο μερικές ώρες, δηλαδή το 52,7%.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (,00)	77	35,0
24 ΩΡΕΣ	12	5,5
ΜΟΝΟ ΜΕΡΑ	15	6,8
ΜΕΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ	116	52,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**sixnotita frontidas**



### ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ποιο τρόπο διαλέγουν οι ερωτώμενοι να αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους.

49 άτομα αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους στο Ε.Δ.Α.Π.Ε., δηλαδή το 22,3%.

12 άτομα ασχολούνται με αγροτικές/ κηπουρικές εργασίες, δηλαδή το 5,5%.

12 άτομα περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους στο καφενείο, δηλαδή το 5,5%.

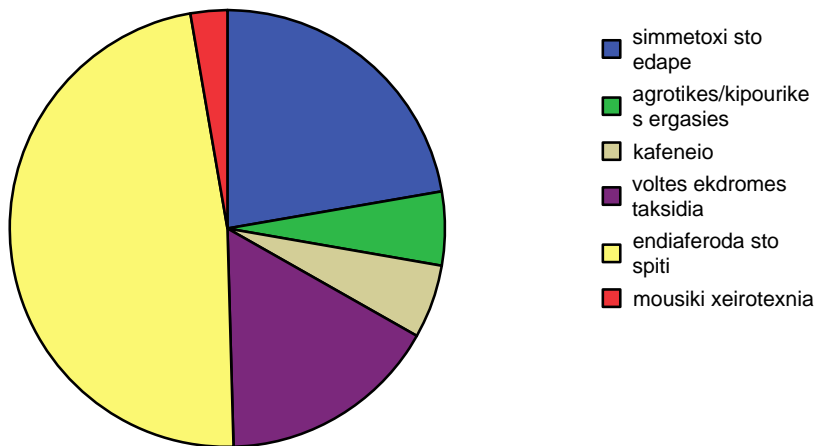
36 άτομα πηγαίνουν βόλτες, εκδρομές, ταξίδια δηλαδή το 16,4%.

105 άτομα βρίσκουν ενδιαφέροντα στο σπίτι, δηλαδή το 47,7%.

6 άτομα ασχολούνται με τη μουσική ή τη χειροτεχνία, δηλαδή το 2,7%.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ Ε.Δ.Α.Π.Ε.	49	22,3
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ/ ΚΗΠΟΥΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	12	5,5
ΚΑΦΕΝΕΙΟ	12	5,5
ΒΟΛΤΕΣ/ ΕΚΔΡΟΜΕΣ/ ΤΑΞΙΔΙΑ	36	16,4
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	105	47,7
ΜΟΥΣΙΚΗ/ ΧΕΙΡΟΤΕΧΝΙΑ	6	2,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### eleytheros xronos



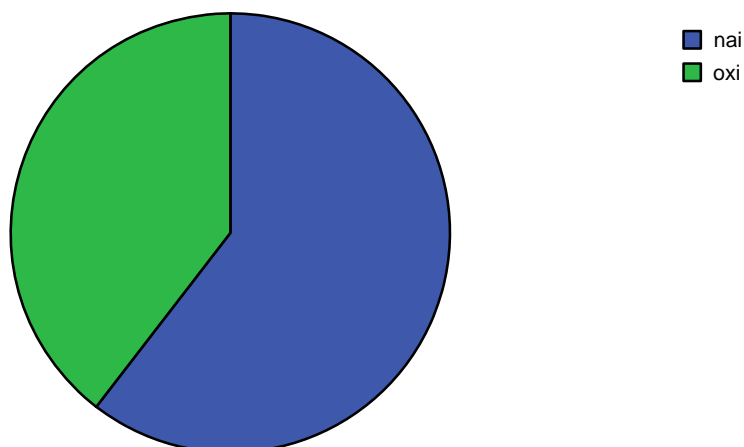
### ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ποιο ποσοστό των ερωτώμενων γνωρίζει για τη νόσο του Alzheimer.

133 άτομα απάντησαν ότι γνωρίζουν τη νόσο, δηλαδή το 60,5%, ενώ 87 άτομα απάντησαν ότι δεν τη γνωρίζουν, δηλαδή το 39,5%.

ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ALZHEIMER	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	133	60,5
ΟΧΙ	87	39,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### gnwsi gia alzheimer



### ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η πηγή ενημέρωσης των ερωτώμενων που γνωρίζουν τη νόσο Alzheimer. 87 άτομα δεν γνωρίζουν τη νόσο, δηλαδή το 39,5%.

51 άτομα τη γνωρίζουν μέσω τηλεόρασης, δηλαδή το 23,2%.

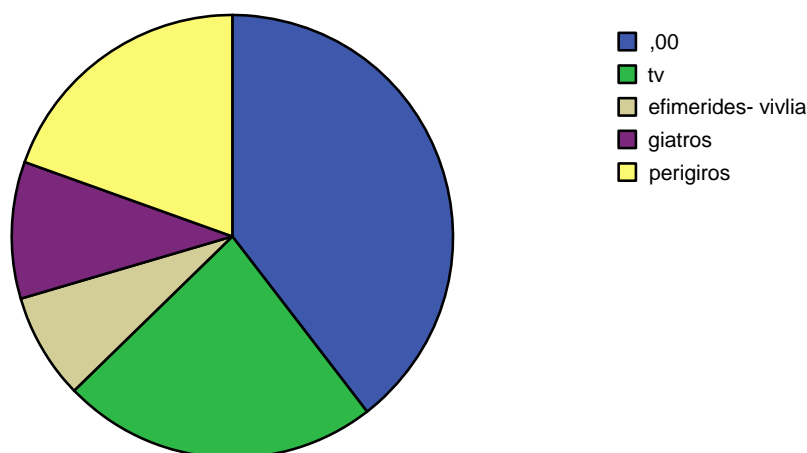
17 άτομα ενημερώθηκαν από εφημερίδες ή βιβλία για τη νόσο, δηλαδή το 7,7%.

22 άτομα ενημερώθηκαν μέσω γιατρού, δηλαδή το 10,0%.

43 άτομα ενημερώθηκαν για τη νόσο από τον περίγυρό τους, δηλαδή το 19,5%.

ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΟ (,00)	87	39,5
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	51	23,2
ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ/ ΒΙΒΛΙΑ	17	7,7
ΓΙΑΤΡΟΣ	22	10,0
ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ	43	19,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

**πηγη ενημερωσης**



### ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΥΠΑΡΞΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΗ

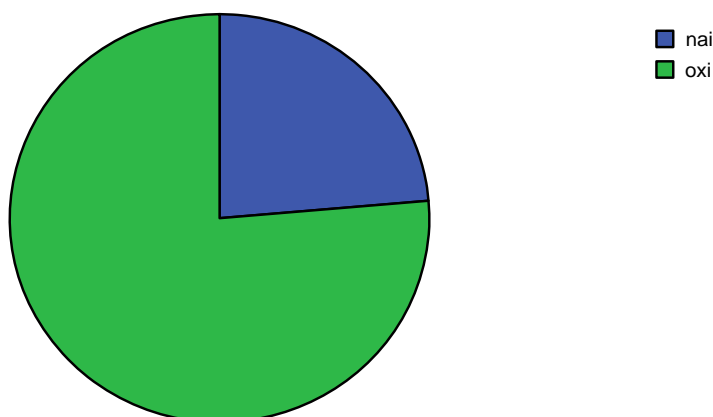
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η ύπαρξη ή μη ανοϊκού συγγενή.

52 άτομα απάντησαν ότι έχουν ανοϊκό συγγενή, δηλαδή το 23,6%, ενώ

168 άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν ανοϊκό συγγενή δηλαδή το 76,4%.

ΥΠΑΡΞΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	52	23,6
ΟΧΙ	168	76,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### iparki ανοikoy siggeni



### ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΟΪΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο βαθμός συγγένειας των ερωτώμενων με τον ανοϊκό ασθενή. 168 άτομα, δηλαδή το 76,4%, δεν έχουν ανοϊκό συγγενή.

7 άτομα είχαν ανοϊκό γονέα, δηλαδή το 3,2%.

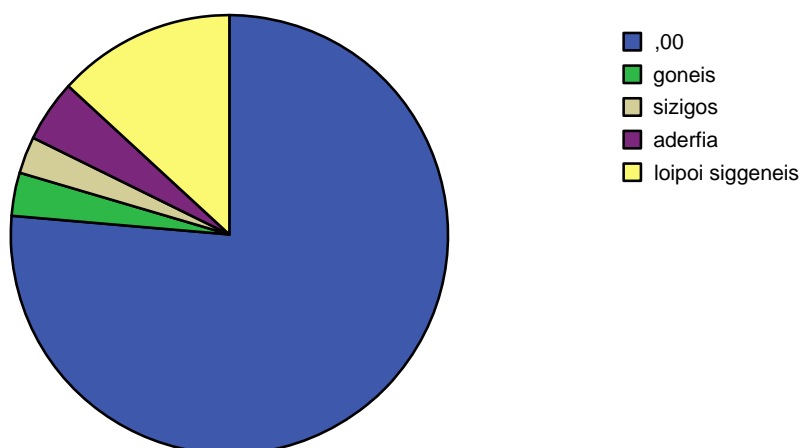
6 άτομα είχαν ανοϊκό σύζυγο, δηλαδή το 2,7%.

10 άτομα είχαν ανοϊκό αδερφό/ή, δηλαδή το 4,5%.

29 άτομα είχαν κάποιον άλλο ανοϊκό συγγενή, δηλαδή το 13,2%.

ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΟΪΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΑΝΟΪΚΟ ΣΥΓΓΕΝΗ (,00)	168	76,4
ΓΟΝΕΙΣ	7	3,2
ΣΥΖΥΓΟΣ	6	2,7
ΑΔΕΡΦΙΑ	10	4,5
ΛΟΙΠΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	29	13,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

### vathmos siggeneias



## ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι αντιλήψεις των ερωτώμενων για τη νόσο.

33 άτομα υποστηρίζουν ότι είναι θανατηφόρα νόσος, δηλαδή το 15,0%.

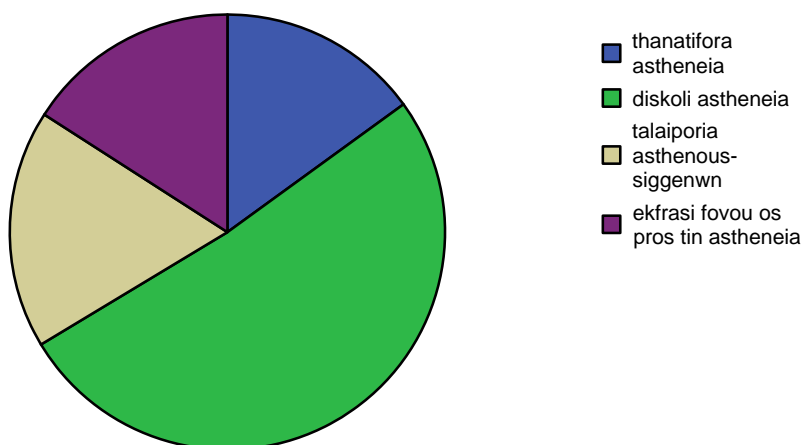
113 άτομα υποστηρίζουν ότι είναι δύσκολη ασθένεια, δηλαδή το 51,4%.

39 άτομα υποστηρίζουν ότι ταλαιπωρείται ο ασθενής και οι συγγενείς, δηλαδή 17,7%.

35 άτομα εκφράζουν φόβο ως προς την ασθένεια, δηλαδή το 15,9%.

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	33	15,0
ΔΥΣΚΟΛΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	113	51,4
ΤΑΛΑΙΠΩΡΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΣΥΓΓΕΝΩΝ	39	17,7
ΕΚΦΡΑΣΗ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	35	15,9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>

antilipseis alzheimer



## ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το ποσοστό των ερωτώμενων που έχουν το διάβασμα σαν συνήθεια και πόσο συχνή είναι αυτή. 119 άτομα δεν διαβάζουν, δηλαδή ποσοστό 54,1%.

Από τα 101 άτομα που διαβάζουν, δηλαδή ποσοστό 45,9%, τα:

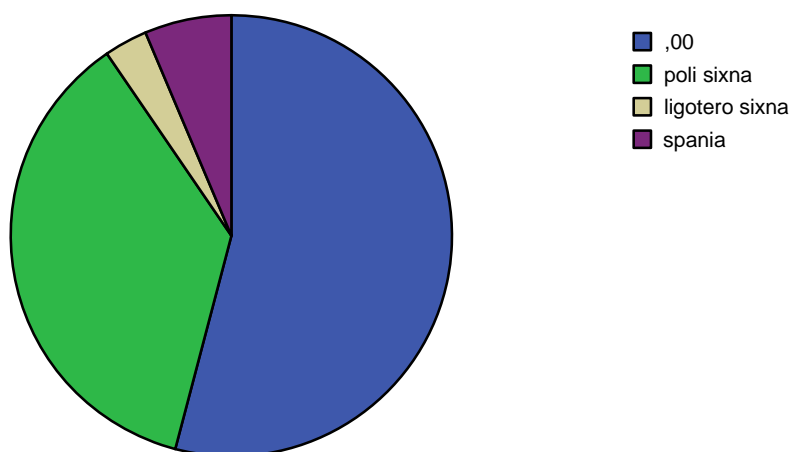
80 άτομα διαβάζουν πολύ συχνά, δηλαδή ποσοστό 36,4%.

7 άτομα διαβάζουν λιγότερο συχνά, δηλαδή ποσοστό 3,2%.

14 άτομα διαβάζουν σπάνια, δηλαδή ποσοστό 6,4%.

ΔΙΑΒΑΣΜΑ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	80	36,4
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΑ	7	3,2
	ΣΠΑΝΙΑ	14	6,4
ΟΧΙ		119	54,1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		220	100,0

poso sixna



#### ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το ποσοστό των ερωτώμενων που έχουν τη γυμναστική σαν συνήθεια και πόσο συχνή είναι αυτή. 179 άτομα δεν κάνουν γυμναστική, δηλαδή ποσοστό 81,4%.

Από τα 41 άτομα που κάνουν γυμναστική, δηλαδή ποσοστό 18,6%, τα:

29 άτομα κάνουν γυμναστική πολύ συχνά, δηλαδή ποσοστό 13,2%.

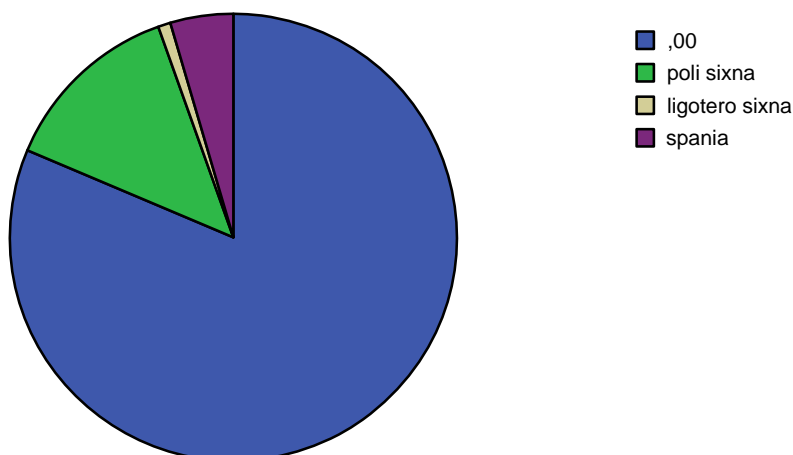
2 άτομα κάνουν γυμναστική λιγότερο συχνά, δηλαδή ποσοστό 0,9%.

10 άτομα κάνουν γυμναστική σπάνια, δηλαδή ποσοστό 4,5%.

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	29	13,2
	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΑ	2	0,9
	ΣΠΑΝΙΑ	10	4,5
ΟΧΙ		179	81,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		220	100,0



roso sixna gymn



**ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ MMSE TOTAL - PEARSON CORRELATION**

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ MMSE	ΗΛΙΚΙΑ	ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	MMSE TOTAL
ΗΛΙΚΙΑ	1	-.213(**)		.620(**)		-.593(**)
ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	-.213(**)	1	.179(**)		.297(**)	.372(**)
ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ		.179(**)	1	.357(**)	.353(**)	
ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ	.620(**)		.357(**)	1	.142(*)	-.359(**)
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		.297(**)	.353(**)	.142(*)	1	
MMSE TOTAL	-.593(**)	.372(**)		-.359(**)		1

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται η συσχέτιση ανάμεσα στο MMSE και την ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, τα χρόνια απασχόλησης, τα χρόνια συνταξιοδότησης και το μηνιαίο εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα η ηλικία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τα χρόνια συνταξιοδότησης και αρνητική συσχέτιση με τα χρόνια εκπαίδευσης και με το σκορ του MMSE. Τα χρόνια εκπαίδευσης παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τα χρόνια απασχόλησης, το μηνιαίο εισόδημα, το σκορ του MMSE. Τα χρόνια απασχόλησης παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με τα χρόνια συνταξιοδότησης και με

το μηνιαίο εισόδημα. Τέλος, τα χρόνια συνταξιοδότησης παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το μηνιαίο εισόδημα και αρνητική συσχέτιση με το σκορ του MMSE.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26: MMSE ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ – ONEWAY ANOVA**

MMSE ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ, ΓΙΑΤΡΟΙ, ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ, ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ	2	29,00
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	2	30,00
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΔΗΜΟΣΙΟΥ/ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ	88	24,70
ΠΑΡΟΧΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΠΤΥΧΙΟ	28	23,32
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ	35	25,40
ΑΓΡΟΤΕΣ, ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΙ, ΔΑΣΙΚΟΙ	20	<b>20,35</b>
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΕΣ	11	25,27
ΝΑΥΤΙΚΟΙ	7	25,28
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ, ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ, ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΕΣ	1	22,00
ΟΙΚΙΑΚΑ	26	23,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 3,930

p= 0,000

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και των επαγγελμάτων των ηλικιωμένων του δείγματος. Παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι που ανήκουν στην κατηγορία των αγροτών/κτηνοτρόφων/ δασικών έχουν τον χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE (20,35).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27: MMSE ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ – ONEWAY ANOVA**

MMSE ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΑΓΑΜΟΣ/ Η	6	24,50
ΕΓΓΑΜΟΣ/ Η	128	25,37
ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ	4	25,50
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ Η	7	26,14
ΧΗΡΟΣ/ Α	71	22,07
ΣΥΖΕΙ	4	<b>20,50</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 7,909

p= 0,000

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων του δείγματος, με χαμηλότερους εκείνους στα άτομα που συζούν και στους χήρους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28: MMSE ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗ – ONEWAY ANOVA**

MMSE ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΙΚΑ	109	24,11
ΟΓΑ	20	<b>20,25</b>
ΤΕΒΕ	41	25,19
ΔΗΜΟΣΙΟΥ	14	25,78
ΤΣΑ	11	25,27
ΝΑΤ	12	23,83
ΛΟΙΠΑ	13	26,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 4,760

p= 0,000

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της ασφάλισης των ηλικιωμένων του δείγματος. Το αποτέλεσμα για το χαμηλότερο μέσο όρο συμπίπτει με το αποτέλεσμα του Πίνακα 26, που κατέχουν ξανά οι αγρότες, κτηνοτρόφοι και δασικοί.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 29: MMSE ΚΑΙ ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ – ONEWAY ANOVA

MMSE ΚΑΙ ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ	179	24,64
ΜΕ ΕΝΟΙΚΙΟ	32	22,81
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ	9	<b>20,77</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 6,180

p= 0,002

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και του χώρου διαμονής των ηλικιωμένων του δείγματος, με χαμηλότερο αυτόν που παρουσιάζουν τα άτομα που φιλοξενούνται.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 30: MMSE ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ – ONEWAY ANOVA

MMSE ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ (,00)	77	25,23
ΣΥΖΥΓΟΣ	90	24,88
ΠΑΙΔΙ	36	21,55
ΕΛΛΗΝΙΔΑ ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	3	22,00
ΑΛΛΟΔΑΠΗ ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	9	22,00
ΑΛΛΟΣ *	5	<b>21,20</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 6,251

p= 0,000

\* Συνήθως ανέφεραν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τους γείτονες.

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της σχέσης των ηλικιωμένων με τους φροντιστές. Χαμηλότερο μέσο όρο έχουν οι ερωτώμενοι που λαμβάνουν φροντίδα από άτομα με την ένδειξη «Άλλος» (βλ. επεξήγηση με αστερίσκο).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 31: MMSE ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ – ONEWAY ANOVA

MMSE ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΔΕ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (,00)	77	25,23
24 ΩΡΕΣ	12	24,00
ΜΟΝΟ ΜΕΡΑ	15	25,00
ΜΕΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ	116	<b>23,47</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 3,058  
p= 0,029

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της συχνότητας φροντίδας των ηλικιωμένων του δείγματος. Χαμηλότερο μέσο όρο παρουσιάζουν τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα μερικές μόνο ώρες.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 32: MMSE ΚΑΙ ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER – ONEWAY ANOVA

ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΟ (,00)	87	<b>22,10</b>
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	51	26,17
ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ/ ΒΙΒΛΙΑ	17	27,35
ΓΙΑΤΡΟΣ	22	24,63
ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ	43	24,74
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 13,765  
p= 0,000

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της πηγής ενημέρωσης των ηλικιωμένων του δείγματος για τη νόσο Alzheimer. Σημειώνεται ότι τα άτομα που έχουν άγνοια για τη νόσο έχουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33: MMSE ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΑΣΜΑΤΟΣ – ONEWAY ANOVA**

ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	80	26,03
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΑ	7	25,85
ΣΠΑΝΙΑ	14	24,07
ΟΧΙ	119	<b>22,92</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 10,601

p= 0,000

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της συχνότητας διαβάσματος των ερωτώμενων. Τα άτομα που δε διαβάζουν εμφανίζουν χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34: MMSE ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ – ONEWAY ANOVA**

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	29	26,10
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΧΝΑ	2	30,00
ΣΠΑΝΙΑ	10	26,30
ΟΧΙ	179	<b>23,73</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	220	24,22

F= 5,224

p= 0,002

Ο παραπάνω πίνακας φανερώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων όρων του MMSE και της συχνότητας γυμναστικής των ηλικιωμένων του δείγματος. Τα άτομα που δεν γυμνάζονται εμφανίζουν χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 35: MMSE ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ – T- TEST**

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	ΝΑΙ	191	<b>23,78</b>
	ΟΧΙ	29	27,10

t= -4,163

p= 0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας και σε αυτούς που είναι υγιείς. Καταδεικνύεται ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας έχουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 36: MMSE ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ – T- TEST**

<b>ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	ΝΑΙ	181	<b>23,74</b>
	ΟΧΙ	39	26,46

t= -3,832

p= 0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που λαμβάνουν φάρμακα και σε αυτούς που δεν λαμβάνουν φάρμακα, με τους πρώτους να εμφανίζουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 37: MMSE ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ – T- TEST**

<b>ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	ΝΑΙ	143	<b>23,67</b>
	ΟΧΙ	77	25,23

t= -2,692

p= 0,008

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι και σε αυτούς που δεν λαμβάνουν φροντίδα, με τους πρώτους να εμφανίζουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 38: MMSE ΚΑΙ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ALZHEIMER– T- TEST**

<b>ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ALZHEIMER</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	NAI	133	25,60
	OXI	87	<b>22,10</b>

t = 6,723  
p= 0,000

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που γνωρίζουν τη νόσο του Alzheimer και σε αυτούς που δεν γνωρίζουν τη νόσο, με τους δεύτερους να εμφανίζουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 39: MMSE – GDS – HAMILTON ΚΑΙ ΔΙΑΒΑΣΜΑ – T- TEST**

<b>ΔΙΑΒΑΣΜΑ</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	NAI	101	25,75
	OXI	119	<b>22,92</b>
<b>GERIATRIC</b>	NAI	101	5,64
	OXI	119	<b>7,57</b>
<b>HAMILTON</b>	NAI	101	2,05
	OXI	119	<b>3,22</b>

**MMSE** t = 5,351  
p= 0,000

**GDS** t = -2,492  
p= 0,013

**HAM** t = -3,043  
p= 0,003

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που διαβάζουν και σε αυτούς που δε διαβάζουν. Επίσης



υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του GDS ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που διαβάζουν και σε αυτούς που δε διαβάζουν. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του HAMILTON ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που διαβάζουν και σε αυτούς που δε διαβάζουν. Τα άτομα που δεν διαβάζουν διατηρούν σε χαμηλότερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες και οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τα άτομα που διαβάζουν.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 40: MMSE – GDS – HAMILTON ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ – T- TEST**

<b>ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ</b>		<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)</b>
<b>MMSE</b>	NAI	41	26,34
	OXI	179	<b>23,73</b>
<b>GERIATRIC</b>	NAI	41	4,41
	OXI	179	<b>7,21</b>
<b>HAMILTON</b>	NAI	41	1,95
	OXI	179	<b>2,86</b>

**MMSE**  $t = 3,733$

$p = 0,000$

**GDS**  $t = -2,825$

$p = 0,005$

**HAM**  $t = -1,828$

$p = 0,069$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που κάνουν γυμναστική και σε αυτούς που δεν κάνουν. Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του GDS ανάμεσα στους ηλικιωμένους που κάνουν γυμναστική και σε αυτούς που δεν κάνουν. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του HAMILTON ανάμεσα στους ηλικιωμένους που κάνουν γυμναστική και σε αυτούς που δεν κάνουν. Τα άτομα που δεν γυμνάζονται διατηρούν σε χαμηλότερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες και οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τα άτομα που γυμνάζονται.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 41: MMSE – GDS – HAMILTON ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (FUNCTIONAL ΟΜΑΔΕΣ) – T- TEST**

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ (FUNCTIONAL ΟΜΑΔΕΣ)		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
<b>MMSE</b>	1,00	154	25,94
	2,00	66	<b>20,19</b>
<b>GERIATRIC</b>	1,00	154	4,45
	2,00	66	<b>11,90</b>
<b>HAMILTON</b>	1,00	154	1,68
	2,00	66	<b>5,03</b>

**MMSE**  $t = 12,206$

$p = 0,000$

**GDS**  $t = -10,767$

$p = 0,000$

**HAM**  $t = -9,263$

$p = 0,000$

**Functional ομάδες:** 1,00= 0 – 6 Φυσιολογική λειτουργικότητα

2,00= 7 – 30 Διαταραχή λειτουργικότητας

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του MMSE ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που έχουν φυσιολογική λειτουργικότητα και σε αυτούς που έχουν διαταραχή λειτουργικότητας. Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του GDS ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που έχουν φυσιολογική λειτουργικότητα και σε αυτούς που έχουν διαταραχή λειτουργικότητας. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του HAMILTON ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που έχουν φυσιολογική λειτουργικότητα και σε αυτούς που έχουν διαταραχή λειτουργικότητας. Τα άτομα με διαταραχή της λειτουργικότητας διατηρούν σε χαμηλότερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες και οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τα άτομα που διαθέτουν φυσιολογική λειτουργικότητα.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 42: GDS – HAMILTON ΚΑΙ ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ – T- TEST

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N)	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (MEAN)
<b>GERIATRIC</b>	ΝΑΙ	209	6,38
	ΟΧΙ	11	<b>12,54</b>
<b>HAMILTON</b>	ΝΑΙ	209	2,57
	ΟΧΙ	11	<b>4,90</b>

**GDS**  $t = -3,516$

$p = 0,001$

**HAM**  $t = -2,649$

$p = 0,009$

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του GDS ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που έχουν παιδιά και σε αυτούς που δεν έχουν. Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου του HAMILTON ανάμεσα στους ηλικιωμένους του δείγματος που έχουν παιδιά και σε αυτούς που δεν έχουν. Ο πίνακας δείχνει ότι οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης κυμαίνονται σε υψηλότερα επίπεδα στους ερωτώμενους που δεν έχουν παιδιά, οι οποίοι και παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση στο GDS, συγκριτικά με τους ερωτώμενους που έχουν παιδιά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είμαστε σε θέση να συγκεκριμενοποιήσουμε ορισμένα συμπεράσματα. Ένα πρώτο συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε με ασφάλεια είναι, ότι η ηλικία αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συνδέονται με τις γνωστικές λειτουργίες και προκύπτει από τον Πίνακα 25. Παρατηρείται λοιπόν, ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο υπάρχει έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, γεγονός φυσιολογικά αναμενόμενο και επιβεβαιωμένο πλειστάκις από τη βιβλιογραφία (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Α. Ευκλείδη, 1999 - Μ. Τσολάκη, 1999 – Η. Rubinstein, 2000).

Από τον Πίνακα 25 συμπεραίνουμε ακόμα, ότι το υψηλό εκπαιδευτικό/μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με τη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών σε καλό επίπεδο (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Μ. Τσολάκη, 1999 – R. Rappoport, 1981 - Η. Rubinstein, 2000). Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι το καλύτερο επίπεδο γνωστικών λειτουργιών κατέχουν τα άτομα που ανήκουν στα εκπαιδευτικά επαγγέλματα και οι επιστήμονες. Επίσης, οι επιχειρηματίες που έρχονται τρίτοι στην κατάταξη, είναι άτομα που εξασκούν την ικανότητά τους στους υπολογισμούς και γενικά βρίσκονται σε εγρήγορση λόγω της φύσης του επαγγέλματος. Από την άλλη όμως οι αγρότες, κτηνοτρόφοι και δασικοί παρουσιάζουν το χαμηλότερο μέσο όρο στο MMSE (βλ. Πίνακα 26). Πρόκειται για μια κατηγορία ανθρώπων συνήθως χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, με όχι υψηλό μηνιαίο εισόδημα, δύο παράγοντες που δίνουν τη δυνατότητα για καλή ποιότητα ζωής και που συνάδουν με τη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών.

Η τελευταία αυτή διαπίστωση, μας οδήγησε στον επόμενο και πολύ σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Η ίδια η έννοια της ποιότητας ζωής εμπερικλείει πολλούς παράγοντες προκειμένου να καταστεί εφικτή, όπως είναι το εισόδημα, η κατοικία, η κοινωνική δραστηριότητα, αλλά και η συναισθηματική κάλυψη. Τα αποτελέσματα του Πίνακα 25 καταδεικνύουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ του υψηλού μηνιαίου εισοδήματος και της διατήρησης των γνωστικών λειτουργιών σε καλό επίπεδο. Το εισόδημα έχει άμεση συνάρτηση με την κατοικία (βλ. Πίνακα 29), αφού τα άτομα που έχουν ιδιόκτητο σπίτι έχουν μεγαλύτερο σκορ στο MMSE σε σχέση με εκείνα που ενοικιάζουν ή φιλοξενούνται από άλλους.

Ένας παράγοντας εξίσου σημαντικός για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι αναμφίβολα και η κοινωνική δραστηριότητα, που έχει θετική επίδραση στο

άτομο, καθώς το διατηρεί ενεργό και ικανοποιημένο. Η κοινωνική δραστηριότητα μπορεί εν μέρει να φανεί από τα ενδιαφέροντα που υιοθετεί το άτομο στον ελεύθερο χρόνο του. Από τα αποτελέσματα του δικού μας δείγματος, ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (47,7%, βλ. Πίνακα 17), περνά τον ελεύθερο χρόνο του στο σπίτι. Η αδράνεια και η έλλειψη κοινωνικής επαφής, που έχει ως συνέπεια ο εγκλεισμός στο σπίτι, σίγουρα δεν βοηθάει στη διατήρηση καλής σωματικής και ψυχικής υγείας.

Η συναισθηματική κάλυψη του ανθρώπου συνδέεται έντονα με την καλή ψυχική υγεία. Όταν η ψυχική υγεία κλονίζεται, προβάλλει μια πληθώρα προβλημάτων. Η σημαντικότητα του παράγοντα της συναισθηματικής κάλυψης αποδεικνύεται και από τον Πίνακα 27, όπου διαφαίνεται ότι οι άγαμοι και οι χήροι παρουσιάζουν διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, αλλά και από τον Πίνακα 42 που δείχνει ότι τα άτομα που δεν απέκτησαν παιδιά, εμφανίζουν καταθλιπτική διάθεση.

Ο παράγοντας που αφορά στην ποιότητα της ζωής, κρίνεται καθοριστικός για την καλή σωματική και ψυχική υγεία από πολλούς συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με την Τρίτη Ηλικία (Ι. Δαρδαβέσης, 2005 - Α. Ευκλείδη, 1999 - Μ. Τσολάκη, 1999 - R. Rappoport, 1981 - Η. Rubinstein, 2000).

Μία άλλη διαπίστωσή μας είναι, ότι η ύπαρξη ή μη φροντίδας φαίνεται να σχετίζεται με τα επίπεδα γνωστικών λειτουργιών. Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 30 και 37 συμπεραίνεται ότι, τα άτομα που δήλωσαν πως δεν έχουν την ανάγκη κάποιου φροντιστή, φαίνεται να διατηρούν τις γνωστικές λειτουργίες τους σε καλύτερα επίπεδα από εκείνους που διαθέτουν φροντιστή. Φαίνεται αρκετά εύλογο καθώς, ανάγκη φροντίδας έχουν όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το ποσοστό των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα στην ηλικία των 65 με 69 χρόνων είναι 9%, φτάνει το 23% στα 80 - 84 χρόνια και αυξάνεται στο 45% μετά τα 85 χρόνια, όταν δηλαδή πληθαίνουν οι ασθένειες και κυρίως εάν υπάρχει άνοια (Α. Ευκλείδη, 1999 - Β. Η. Lemme, 1995).

Εντούτοις, στον Πίνακα 31 φαίνεται πως τα άτομα με τη λιγότερη συχνότητα φροντίδας εμφανίζουν έκπτωση των γνωστικών τους λειτουργιών. Ο συγκεκριμένος πίνακας μας δίνει ενδείξεις ότι πιθανόν μία μερίδα των ηλικιωμένων να χρήζει περισσότερης φροντίδας και βοήθειας, προκειμένου να διατηρούν τις γνωστικές λειτουργίες τους σε καλύτερο από το υπάρχον επίπεδο.

Η ανάγκη για φροντίδα τις περισσότερες φορές είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη προβλημάτων υγείας. Η κατάσταση της υγείας είναι λοιπόν, ο επόμενος

παράγοντας που επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Α. Ευκλείδη, 1999 - Μ. Τσολάκη, 1999 – Η. Rubinstein, 2000). Ο Πίνακας 35 δείχνει πως τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας διατηρούν σε καλύτερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες από τους υπόλοιπους. Επίσης, ο Πίνακας 36 φανερώνει ότι, αυτοί που λαμβάνουν φάρμακα παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο γνωστικών λειτουργιών από εκείνους που δεν παίρνουν. Πιθανώς λοιπόν, η επιβαρημένη υγεία σε συνδυασμό με τη λήψη φαρμάκων να δρα ανασταλτικά στην ύπαρξη φυσιολογικής γνωστικής λειτουργίας.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η σωματική άσκηση ενεργεί θετικά στη διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης και υγείας του ηλικιωμένου και δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση ασθενειών, όπως για παράδειγμα η άνοια και η κατάθλιψη (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Α. Ευκλείδη, 1999 - Μ. Τσολάκη, 1999 – Η. Rubinstein, 2000). Τη διαπίστωση αυτή έρχεται να ενισχύσει και η δική μας έρευνα, όπου τα αποτελέσματα του Πίνακα 34 και 40 δείχνουν πως τα ηλικιωμένα άτομα που γυμνάζονται διατηρούν σε καλύτερα επίπεδα τις γνωστικές λειτουργίες τους και έχουν πολύ μικρότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτική διάθεση, σε σχέση με εκείνα που δεν γυμνάζονται.

Το επόμενο συμπέρασμα απορρέει από τον Πίνακα 41 που καταδεικνύει ότι, τα άτομα που έχουν φυσιολογική λειτουργικότητα διατηρούν σε υψηλότερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες και οι δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης κυμαίνονται σε χαμηλότερα επίπεδα, συγκριτικά με τα άτομα που έχουν διαταραχή της λειτουργικότητας και παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση στο GDS. Είναι ένα αναμενόμενο συμπέρασμα αφού, τα ηλικιωμένα άτομα που είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται είναι λογικό να παρουσιάζουν μικρότερη απώλεια γνωστικής λειτουργίας, αλλά και λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικής διάθεσης (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Μ. Τσολάκη, 1999).

Ένα τελευταίο συμπέρασμα που μπορέσαμε να εξάγουμε από την ανάλυση της έρευνας, αφορά στην ενημέρωση για τη νόσο του Alzheimer και το διάβασμα. Τόσο τα άτομα που είναι ενημερωμένα για τη νόσο (βλ. Πίνακα 32 και 38) όσο και τα άτομα που έχουν ως συνήθεια το διάβασμα (βλ. Πίνακα 33 και 39) διατηρούν σε υψηλότερο επίπεδο τις γνωστικές τους λειτουργίες και έχουν χαμηλούς δείκτες καταθλιπτικής διάθεσης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Διάφοροι συγγραφείς υποστηρίζουν το διάβασμα ως θετικό παράγοντα για τη διατήρηση καλής εγκεφαλικής λειτουργίας (I. Δαρδαβέσης, 2005 - Μ. Τσολάκη, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ένα πρώτο στοιχείο που θα θέλαμε να σχολιάσουμε, προτού παραθέσουμε τις σκέψεις μας για τα συμπεράσματα της έρευνας, αφορά στην κλίμακα μέτρησης της γνωστικής διαταραχής, γνωστή ως Mini Mental State Examination test. Σύμφωνα με τη βαθμολογία που της αποδίδεται, φυσιολογική γνωστική λειτουργία έχουν τα άτομα με σκορ έως 26. Από εκεί και κάτω παρουσιάζουν γνωστική διαταραχή.

Ο μέσος όρος του δικού μας δείγματος είναι 24,22 που τυπικά φανερώνει ήπια γνωστική διαταραχή. Εμείς όμως δε θεωρούμε ότι αυτή είναι η αντιπροσωπευτική εικόνα για τον εξής λόγο: η υποκλίμακα που αφορά στις ερωτήσεις 14 - 18 για την προσοχή και την ικανότητα υπολογισμών, ζητά από τον ερωτώμενο είτε να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 από το 100 είτε εναλλακτικά να συλλαβίσει ανάποδα τη λέξη «πέτρα». Αρκετά άτομα από το δείγμα μας δεν είχαν την υπομονή ή και βαριόνταν να αφιερώσουν χρόνο στη συγκεκριμένη ερώτηση, παρά την επιμονή μας να απαντήσουν, με αποτέλεσμα εμείς – μην έχοντας άλλη επιλογή – να μηδενίζουμε τα σημεία 14 – 18. Αμέσως δηλαδή τα μέλη αυτά έπεφταν στο 25 (που υποδηλώνει ήπια γνωστική διαταραχή), ενώ από τη συνολική εικόνα της συνέντευξης διαπιστώναμε ότι δεν είχαν προβλήματα γνωστικής λειτουργίας.

Φυσικά το Mini Mental State Examination test, είναι ένα επίσημα μελετημένο τεστ και δεν είμαστε εμείς οι αρμόδιοι που θα το αμφισβητήσουμε ή θα το αλλάξουμε. Πιστεύουμε όμως, ότι οφείλαμε να διατυπώσουμε τις σκέψεις μας και να αφήσουμε περιθώρια για προβληματισμό, καθώς, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, μπορεί να οδηγήσει στην αλλοίωση της εικόνας ενός πληθυσμού και στην εξαγωγή άτοπων συμπερασμάτων.

Ένα άλλο στοιχείο που μας προβλημάτισε ήταν το γεγονός ότι, από το 60,5% των μελών που γνώριζαν τη νόσο του Alzheimer, κανείς δε δήλωσε ότι ενημερώθηκε από το Ε.Δ.Α.Π.Ε. που ανήκει. Εδώ κρίνεται λοιπόν το έργο που επιτελούν τα Κ.Α.Π.Η. γενικότερα και χρειάζεται να αφυπνιστούν και να ασχοληθούν με αυτό το τόσο σοβαρό πρόβλημα, που ολοένα και περισσότεροι συμπολίτες μας αντιμετωπίζουν είτε ως ασθενείς είτε ως φροντιστές. Θα ήταν σωστό και χρήσιμο οι ηλικιωμένοι να ενημερώνονται από τους αρμόδιους γύρω από τη φύση της νόσου, τα συμπτώματα και τους τρόπους πρόληψης ή αντιμετώπισής της, μέσα από συζητήσεις και ομιλίες και ο καταλληλότερος φορέας για αυτό είναι τα Ε.Δ.Α.Π.Ε.

Μία σημαντική παρατήρηση ακόμα είναι, ότι το 47,7% του δείγματος περνά τον ελεύθερο του χρόνο στο σπίτι. Παρατηρούμε πως, αν και διαφαίνεται κάποια πρόοδος και αναβάθμιση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, εντούτοις εξακολουθεί να υπάρχει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που βρίσκεται κλεισμένο στο σπίτι, χωρίς να έχει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Αυτό όμως, δρα ανασταλτικά στη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών και της λειτουργικότητας.

Η Γ' Ηλικία έχει ανάγκη την κοινωνικοποίηση και τη συναναστροφή με άλλα άτομα, το οποίο δε συμβαίνει τόσο, είτε λόγω αντιλήψεων (π.χ. μία χήρα που έχει κοινωνική ζωή, κριτικάρεται από την πλειοψηφία) είτε γιατί αντιμετωπίζει οικονομικά και ιατρικά προβλήματα που αποτελούν τροχοπέδη. Οι κοινωνικές επαφές συνδέονται άμεσα τόσο με την ψυχική όσο και με τη σωματική υγεία. Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά και η κακή υγεία επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί τα προβλήματα υγείας περιορίζουν την ενέργεια του ατόμου και αυξάνουν την καταθλιπτική διάθεση (Α. Ευκλείδη, 1999).

Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, προέκυψε η διαπίστωση ότι η διαταραχή της γνωστικής λειτουργίας συνάδει με την αύξηση των δεικτών της κατάθλιψης. Στο κεφάλαιο 5 του θεωρητικού μέρους, αναφερθήκαμε εκτενώς στην σύνδεση της κατάθλιψης με την άνοια και πως επιβαρύνεται η υγεία των ατόμων από αυτήν. Ακόμα και στις περιπτώσεις που δε συνδυάζονται οι δύο ασθένειες, τόσο η άνοια όσο και η κατάθλιψη ξεχωριστά, αποτελούν σοβαρότατες νόσους που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης για το καλό της υγείας των ατόμων που πάσχουν από αυτές.

Όλα αυτά που προαναφέραμε αναδεικνύουν την επισταμένη ανάγκη για αναβάθμιση των υπηρεσιών που απευθύνονται στην Τρίτη Ηλικία, αλλά και για τη δημιουργία νέων, προκειμένου να υπάρχει η κατάλληλη αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών της προβλημάτων που θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το Κράτος Πρόνοιας οφείλει να λάβει δράση με τη στήριξη θεσμών και προγραμμάτων, που θα καλύψουν τα κενά της ελλειπούς και ανεπαρκούς σύγχρονης φροντίδας των ηλικιωμένων σε όλους τους τομείς (Π. Σταθόπουλος, 1999).

Η κοινωνία και το κράτος πρέπει να προχωρήσουν στην ανάπτυξη θετικών στάσεων προς τα ηλικιωμένα άτομα μέσα από την επιτέλεση ουσιαστικού έργου: να συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας της υγείας τους, να δημιουργούν και να διατηρούν ανοιχτή συνεργασία τόσο με τους ίδιους όσο και με τις οικογένειές τους



και να προωθούν περισσότερο την επίλυση των προβλημάτων -όσο αυτό είναι εφικτό- κοντά στο οικείο περιβάλλον τους μέσα από τη στελέχωση επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων (Π. Σταθόπουλος, 1999).

Αναμφίβολα, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων της Τρίτης Ηλικίας είναι η πρόληψη που, αν εφαρμοστεί σωστά και σε όλα τα επίπεδα, θα υπάρξει μεγαλύτερη αποφυγή ή έστω καθυστέρηση στην επέλευση δυσάρεστων καταστάσεων και θα συντελεί επίσης στην άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεών τους. Η πρόληψη μπορεί να επιχειρηθεί σε τρεις βαθμίδες: στην πρωτοβάθμια πρόληψη, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη εφαρμόζεται με σκοπό την ανίχνευση και τον περιορισμό εκείνων των παραγόντων που ευθύνονται και συμβάλλουν στην πρόκληση κάθε προβλήματος, πριν ακόμα εκδηλωθεί αυτό. Η δευτεροβάθμια έχει σκοπό τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ήδη υπάρχουν, ενώ η τριτοβάθμια επιχειρεί τη μείωση των επιπτώσεων και αν είναι δυνατό των υποτροπών. Προϋποθέσεις επιτυχίας στην προσπάθεια πρόληψης είναι, από τη μία η γνώση για τις ιδιαιτερότητες και τα αίτια των προβλημάτων πάσης φύσεως που αντιμετωπίζει η Τρίτη Ηλικία και από την άλλη ο καλός προγραμματισμός και η σωστή στελέχωση και κρατική οργάνωση (Φ.Ι. Χανιώτης, 1989).

Πιο συγκεκριμένα, η διαμόρφωση Κοινωνικής Πολιτικής για τους ηλικιωμένους, προϋποθέτει τα εξής:

- ✓ Εκτεταμένες και εμπειριστατωμένες έρευνες για την ανίχνευση των πραγματικών αναγκών, αλλά και των σημαντικότερων προβλημάτων των ηλικιωμένων σε εθνικό επίπεδο (Α. Μπένος 1995 – 1999).
- ✓ Κρατική στήριξη μέσω της δημιουργίας και της ρύθμισης νομοθετικού πλαισίου, ευνοϊκού απέναντι στην Τρίτη Ηλικία, για τον σχεδιασμό θεσμών, φορέων και προγραμμάτων που θα αντιμετωπίζουν τις ανάγκες και τα προβλήματά τους.
- ✓ Αναβάθμιση και βελτιστοποίηση των υφιστάμενων θεσμών, καθώς και προώθηση λειτουργικής διασύνδεσης και συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών που απευθύνονται στους ηλικιωμένους. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ποιοτική καλυτέρευση των παροχών, τη μεγαλύτερη προσβασιμότητα και τη γενικότερη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων (Π. Σταθόπουλος, 1999).
- ✓ Δημιουργία υπηρεσιών που θα εστιάζουν στην εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη με απώτερο στόχο τη φροντίδα στο οικείο περιβάλλον του ηλικιωμένου, στην πρόληψη ιατροκοινωνικών προβλημάτων, στην ψυχολογική υποστήριξη των

ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους και στην ανάπτυξη ωφέλιμων και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.).

- ✓ Στελέχωση των φορέων, οργανισμών και υπηρεσιών με ειδικά καταρτισμένες διεπιστημονικές ομάδες, αποτελούμενες από όλες τις απαραίτητες ειδικότητες, οι οποίες θα δέχονται συνεχή επιμόρφωση και επικαιροποίηση των γνώσεών τους μέσω σεμιναρίων, αλλά και τακτό έλεγχο από αρμόδιους φορείς για το έργο τους (Φ.Ι. Χανιώτης, χ.χ.).
- ✓ Τέλος, ενημέρωση των πολιτών για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και παροχές, προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κοινού απέναντι Τρίτη Ηλικία, με σκοπό την αύξηση του βαθμού εμπλοκής και συμμετοχής στη φροντίδα της, μέσα από ποικίλους τρόπους, όπως: η σύσταση ομάδων αλληλοβοήθειας και εθελοντών (Α. Ευκλείδη, 1999 – Α. Γουρνά, 1993).

Εν κατακλείδι, η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με την αρωγή της κοινότητας, η καλλιέργεια πνευματικών, σωματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, η διατήρηση παλαιών και η δημιουργία νέων ρόλων και δράσεων, θα δώσουν στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα για καινούριο τρόπο ζωής, για νέους στόχους και προσδοκίες και για βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, γεγονός που θα έχει θετική επίδραση στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, συνεπώς και της μακροζωίας τους (Γ. Γουρνάς, 1993).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας στο τέλος της μελέτης, αισθανόμαστε ηθική ικανοποίηση για την ολοκλήρωση αυτού του εγχειρήματος, αλλά και για το γεγονός ότι επιχειρήσαμε να συμβάλλουμε με τον δικό μας τρόπο, στον περαιτέρω εμπλουτισμό της γνώσης συγκεκριμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η Τρίτη Ηλικία.

Οι σκοποί που είχαμε θέσει αρχικά, επιτεύχθηκαν σε σημαντικό βαθμό. Επιδιώκαμε την διερεύνηση του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε μέλη άνω των 65 ετών στα Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού. Αυτό πραγματοποιήθηκε κατά την άποψή μας, καθώς είχαμε δείγμα της τάξεως του 10%, ποσοστό που φανερώνει την υπάρχουσα τάση και που καταστεί αξιολογικά τα ευρήματα της μελέτης.

Καταβάλαμε όλες μας τις δυνάμεις ώστε να παρουσιάσουμε εκτενώς και με αξιοπιστία τις επιμέρους πλευρές του θέματος, όσο φυσικά μας το επέτρεπε η βιβλιογραφία που συλλέξαμε. Προβήκαμε στη δημιουργία βάσης δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, μέσω της οποίας αναλύσαμε τις απαντήσεις των ερωτηθέντων και εξάγαμε χρήσιμα και με στατιστική σημαντικότητα συμπεράσματα, για την κατάσταση που επικρατεί. Επιχειρήσαμε τη σύνδεση του θεωρητικού μέρους με το ερευνητικό, για να έχουμε μια πιο εμπειριστατωμένη μελέτη και παραθέσαμε τις προτάσεις μας, κάτω από το δικό μας πρίσμα αντίληψης για το ζήτημα που πραγματευόμαστε.

Πιστεύουμε επίσης, ότι εμπεδώσαμε έμπρακτα τη θεωρητική γνώση που είχαμε αποκτήσει από τη σχολή, αναφορικά με την ερευνητική σκέψη και μεθοδολογία σε συνδυασμό με τη συλλογή και επεξεργασία βιβλιογραφικού υλικού.

Τέλος, θα θέλαμε να προσθέσουμε ότι όλη αυτή η διαδικασία εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, μας έδωσε την ευκαιρία να δοκιμάσουμε τις δυνατότητες και τις γνώσεις μας, αλλά και μια εμπειρία που θα μας φανεί πολύ χρήσιμη σε επαγγελματικό επίπεδο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ➤ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΟΥΡΝΑΣ, Γ. (1993). «Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία» στο: ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ, Γ. (επιμ.) *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σ.161-168
2. ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ, Ι. (1999). «Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας» στο: ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α. (επιμ.) *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 31-49
3. ΔΑΡΔΑΒΕΣΗΣ, Ι. (2005). «Επιδημιολογία της Άνοιας» στο: ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ. και ΚΑΖΗΣ, Α. (επιμ.) *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σ. 29-34
4. ΔΟΝΤΑΣ, Α. (1981). *Η Τρίτη Ηλικία: Προβλήματα και Δυνατότητες*. Αθήνα: Παρισιανός
5. ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, (1986). *Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
6. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. (1984). *Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών*. Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
7. ΚΑΠΡΙΝΗΣ, Σ. (2005). «Η κατάθλιψη στην Άνοια τύπου Alzheimer – Ψευδοάνοια» στο: ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΚΑΖΗΣ, Α. (επιμ.) *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σ. 173-176
8. ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
9. ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
10. ΜΑΚΡΑΚΗΣ, Β., (1997). *Ανάλυση δεδομένων στην επιστημονική έρευνα με τη χρήση του SPSS*. Αθήνα: Gutenberg.
11. ΜΑΝΟΣ, Ν., (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
12. ΜΟΥΓΙΑΣ, Α. (2003). *Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας*. Αθήνα: χ.ε.

13. ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Λ. (1984). *Η Ελληνική Οικογένεια*. Αθήνα: Ίδρυμα Γουλανδρή – Χόρν
14. ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Λ. (1993). *Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας*. Αθήνα: Gutenberg
15. ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Λ., ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗ, Μ. (2004). *Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής: Θεωρητικές Αναφορές Και Εμπειρικές Διευκρινίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.
16. ΜΠΕΝΟΣ, Α. (1999). «Φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και την κοινότητα» στο: ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α. (επιμ.) *Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 453-473
17. ΝΑΣΙΑΚΟΥ, Μ. – ΧΑΝΤΖΗ, Α. (1984). *Εξελικτική ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
18. ΠΑΝΕΡΑ, Ε. (1999). «Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων» στο: ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α. (επιμ.) *Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 433-451
19. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Γ. (-). *Νευρολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις
20. ΠΟΛΙΤΗΣ, Α. (2005) «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο: ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΚΑΖΗΣ, Α. (επιμ.) *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σ. 169-172
21. ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. (2005). «Διαγνωστικά κριτήρια ανοιών» στο: ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΚΑΖΗΣ, Α. (επιμ.) *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σ. 123-145
22. ΣΑΜΑΡΤΖΗ, Σ. (1995). *Εισαγωγή στις γνωστικές λειτουργίες*. Αθήνα: Παπαζήσης
23. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. (1996). *Κοινωνική Πρόνοια: Για μια γενική Θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην
24. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. (1998). *Κοινοτική Εργασία: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Έλλην
25. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Ο. (1996). *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής: από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό: φροντίδα και γήρανση – η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*. Αθήνα: Gutenberg
26. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ICD – 10 (1992). «*Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών και διαταραχών της Συμπεριφοράς*». Αθήνα: ΒΗΤΑ
27. ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α. (1990). *Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων: έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ*. Αθήνα: ΕΚΚΕ

28. ΤΖΑΝΑΚΑΚΗ – ΜΕΛΙΣΣΑΡΗ, Μ., ΚΑΣΤΑΝΑΚΗ, Α., ΠΕΤΣΙΟΥ, Μ. (2005) «Μη Φαρμακευτικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις της ΑΤΑ» στο: ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ., ΚΑΖΗΣ, Α. (επιμ.) *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σ. 451-477
29. ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ. (1999). «Άνοια τύπου Alzheimer» στο: ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ, Α. (επιμ.) *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 317-366
30. ΤΣΟΛΑΚΗ, Μ. (2006). *Νόσος Alzheimer. Τι γίνεται μετά τη διάγνωση*; Αθήνα: Mendor
31. ΦΡΑΓΚΟΣ, Δ. (1987). *Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος: στατιστική ανάλυση*. Αθήνα: ΕΚΚΕ
32. ΧΑΝΙΩΤΗΣ, Φ.Ι. (1989). *Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας*. Αθήνα: Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ
33. ΧΑΝΙΩΤΗΣ, Φ.Ι. ( - ). *Εγχειρίδιο Γηριατρικής*. Αθήνα: Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ
34. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ, Γ. (2005). *Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

➤ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΤΟΥΡΝΑ, Α., (1993). Η νόσος του Alzheimer: μια αθόρυβη επιδημία. Προτάσεις για διεπιστημονική συνεργασία. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ. 99, σελ. 279

➤ ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. BEAUVOIR, S. (1980). *Τα γηρατειά*. Αθήνα: Γλάρος
2. KASTENBAUM, R., (1980). *Ο κύκλος της ζωής*. Αθήνα: Ψυχογιός
3. KASTENBAUM, R., (1982). *Η τρίτη ηλικία: τα χρόνια της ολοκλήρωσης*. Αθήνα: Ψυχογιός
4. LEMME, B. H. (1995). *Development in adulthood*. Boston: Allyn & Bacon
5. RAPPOPORT, R., (1981). *Τα στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ψυχογιός
6. RUBISTEIN, H., (2000). *Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
7. WALTON, J., (1984). *Νευρολογία*. Πάτρα: Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ

➤ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΑΡΑΔΟΣΕΙΣ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

1. Προφορικές σημειώσεις του μαθήματος «Συγγραφή Επιστημονικής Εργασίας», υπ. Καθ. Κ<sup>α</sup> Παπαδάκη
2. Προφορικές σημειώσεις μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία», υπ. Καθ. Κ<sup>α</sup> Σαπουνάκη

➤ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. <http://www.alzheimer.com>
2. [http://www.alzheimer\\_hellas.gr](http://www.alzheimer_hellas.gr)
3. <http://www.alzheimersconcern.com>
4. <http://www.avdis.gr>
5. <http://www.dementia.com>
6. <http://www.google.gr>
7. <http://www.health.gr>
8. <http://www.iator.gr>
9. <http://www.in.gr>
10. <http://www.keel.org.gr>
11. <http://www.malliori.gr>
12. <http://www.marineews.gr>
13. <http://www.medline.gr>
14. <http://www.mohaw.gr>
15. <http://news/duncher.pathfinder.gr>
16. <http://www.poy.gr>
17. [http://www.search\\_pathfinder.gr](http://www.search_pathfinder.gr)
18. <http://www.stress.gr>
19. <http://www.uti.gr/doc/gr>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



## ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

### 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το cncode01 είναι ο κωδικός ερευνητή.

Το No 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Μπελιμπασάκη Στεργιάνα και το No 2 αντιστοιχεί στον Χρόνη Δημήτριο.

Το kappi02 αντιστοιχεί στα Ε.Δ.Α.Π.Ε. του Δήμου Κορυδαλλού.

Το No 1 αντιστοιχεί στο Α' Ε.Δ.Α.Π.Ε.,

το No 2 -//- στο Β' Ε.Δ.Α.Π.Ε.,

το No 3 -//- στο Γ' Ε.Δ.Α.Π.Ε.,

το No 4 -//- στο Δ' Ε.Δ.Α.Π.Ε. και

το No 5 -//- στο Ε' Ε.Δ.Α.Π.Ε.

Το am03 αντιστοιχεί στον κωδικό που έχουμε αναγράψει σε κάθε ερωτηματολόγιο με αρίθμηση από το 1 έως το 220, προκειμένου να διευκολυνθούμε σε τυχόν διορθώσεις.

Το d04 αντιστοιχεί στο φύλο.

Το No 1 αντιστοιχεί στον άνδρα και το No 2 στην γυναίκα.

Το d05 αντιστοιχεί στις ηλικιακές ομάδες που έχουμε καθορίσει.

Το No 1 αντιστοιχεί στην ηλικία των 65-69,

το No 2 -//- των 70-74,

το No 3 -//- των 75-79,

το No 4 -//- των 80-84,

το No 5 -//- των 85-89 και

το No 6 -//- των 90-100.

Το d06 αντιστοιχεί στην ηλικία αυτή καθεαυτή.

Το d07 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης.

Το No 1 αντιστοιχεί στα χρόνια 0-2,

το No 2 -//- 3-6 και

το No 3 -//- 7-12.

Το d08 αντιστοιχεί στην ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το No 1 είναι ναι και το No 2 είναι όχι.

Το d09 αντιστοιχεί στο επάγγελμα.

Το Νο 1 αντιστοιχεί στους επιστήμονες, τους γιατρούς, τους μηχανικούς και τους δικηγόρους,

το Νο 2 αντιστοιχεί στα εκπαιδευτικά επαγγέλματα,

το Νο 3 αντιστοιχεί στους υπαλλήλους δημόσιου και ιδιωτικού,

το Νο 4 αντιστοιχεί στην παροχή διαφόρων υπηρεσιών χωρίς κατοχή πτυχίου,

το Νο 5 αντιστοιχεί στους επιχειρηματίες,

το Νο 6 αντιστοιχεί στους αγρότες, κτηνοτρόφους και δασικούς,

το Νο 7 αντιστοιχεί στους αυτοκινητιστές,

το Νο 8 αντιστοιχεί στους ναυτικούς,

το Νο 9 αντιστοιχεί στα στρατιωτικά επαγγέλματα, την Αστυνομία και την Πυροσβεστική και

το Νο 10 αντιστοιχεί στα οικιακά.

Το d10<sup>1</sup> αντιστοιχεί στις εργασίες που έχουν απασχοληθεί οι ερωτώμενοι. Οι κωδικοί είναι ίδιοι με αυτούς της ερώτησης d09.

Το d10<sup>2</sup> αντιστοιχεί στα χρόνια απασχόλησης.

Το d11 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσα χρόνια έχετε συνταξιοδοτηθεί;»

Το d12 αντιστοιχεί στην οικογενειακή κατάσταση.

Το Νο 1 αντιστοιχεί στο άγαμος,

το Νο 2 αντιστοιχεί στο έγγαμος,

το Νο 3 αντιστοιχεί στο εν διαστάσει,

το Νο 4 αντιστοιχεί στο διαζευγμένος/ η,

το Νο 5 αντιστοιχεί στο χήρος/ α και

το Νο 6 αντιστοιχεί στο αν συζεί.

Το d13 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν έχετε παιδιά;»

Το Νο 1 αντιστοιχεί στο ναι και το Νο 2 στο όχι.

Το d14 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσα παιδιά έχετε;»

Το d15 αντιστοιχεί στην ερώτηση «ζουν στην ίδια πόλη με εσάς;»

Το Νο 1 είναι ναι και το Νο 2 είναι όχι.

Το d16 αντιστοιχεί στον τόπο καταγωγής.

Το Νο 1 -//- στη Στερεά Ελλάδα,

το Νο 2 -//- στην Πελοπόννησο,

το Νο 3 -//- στη Θεσσαλία,

το Νο 4 -//- στην Ήπειρο,

το Νο 5 -//- στην Μακεδονία,

το Νο 6 -//- στη Θράκη,

το Νο 7 -//- στα νησιά και

το Νο 8 -//- στη Μ. Ασία.

Το d17 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσα χρόνια μένετε στον Κορυδαλλό;»

Το d18 αντιστοιχεί στην ερώτηση «σε ποια συνοικία μένετε;»

το Νο 1 -//- στους Αγίους Ταξιάρχες,

το Νο 2 -//- στην πλατεία Βενιζέλου,

το Νο 3 -//- στο Σχιστό,

το Νο 4 -//- στον Άνω Κορυδαλλό και

το Νο 5 -//- στην πλατεία Μέμου.

Το d19 αντιστοιχεί στην ασφάλιση.

Το Νο 1 -//- στο ΙΚΑ,

Το Νο 2 -//- στον ΟΓΑ,

Το Νο 3 -//- στο ΤΕΒΕ,

Το Νο 4 -//- στο ΔΗΜΟΣΙΟ,

Το Νο 5 -//- στο ΤΣΑ,

Το Νο 6 -//- στο ΝΑΤ και

Το Νο 7 -//- στα ΛΟΙΠΑ.

Το d20 αντιστοιχεί στο μηνιαίο εισόδημα.

Το d21 αντιστοιχεί στο χώρο διαμονής.

Το Νο 1 -//- στο ιδιόκτητο σπίτι,

το Νο 2 -//- στο ενοίκιο και

το Νο 3 -//- στη φιλοξενία.

Το d22 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, ποιος σας φιλοξενεί;»

Το Νο 1 -//- στο παιδί,

το Νο 2 -//- στον φίλο/ η και

το Νο 3 -//- στο άλλος.

Το d23 αντιστοιχεί στο πρόβλημα υγείας.

Το Νο 1 είναι ναι και το Νο 2 είναι το όχι.

Το d24 αντιστοιχεί στην ερώτηση «από τι ασθένεια πάσχετε;»

Το Νο 1 -//- στα λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα,

το Νο 2 -//- στα νεοπλάσματα,

το Νο 3 -//- στα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα,

το Νο 4 -//- στα νοσήματα αίματος,

- το No 5 -//- στις ψυχικές διαταραχές,
- το No 6 -//- στα νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθ. οργάνων,
- το No 7 -//- στα νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος,
- το No 8 -//- στα νοσήματα αναπνευστικού συστήματος,
- το No 9 -//- στα νοσήματα πεπτικού συστήματος,
- το No 10 -//- στα νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος,
- το No 11 -//- στις επιπλοκές κύησης,
- το No 12 -//- στα νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού,
- το No 13 -//- στα νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος,
- το No 14 -//- στις συγγενείς ανωμαλίες,
- το No 15 -//- στις καταστάσεις προερχόμενες από περιγεννητική περίοδο,
- το No 16 -//- στα συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις,
- το No 17 αντιστοιχεί στις κακώσεις και στις δηλητηριάσεις.

Το d25 αντιστοιχεί στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Το No 1 είναι το ναι και το No 2 είναι το όχι.

Το d26 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν έχετε κάποιον στο σπίτι που σας φροντίζει;»

Το No 1 είναι το ναι και το No 2 το όχι.

Το d27 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, τι σχέση έχετε;»

- Το No 1 -//- στον σύζυγο,
- το No 2 -//- στο παιδί,
- το No 3 -//- στην οικιακή βοηθό, ελληνίδα,
- το No 4 -//- στην οικιακή βοηθό, αλλοδαπή,
- το No 5 -//- άλλο.

Το d28 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσο συχνά είναι για φροντίδα;»

- Το No 1 -//- στις 24 ώρες,
- το No 2 -//- στο μόνο μέρα,
- το No 3 -//- στο μόνο νύχτα,
- το No 4 -//- σε μερικές ώρες.

Το d29 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;»

- Το No 1 -//- στη συμμετοχή στο Κ.Α.Π.Η.,
- το No 2 -//- στις αγροτικές/ κηπουρικές εργασίες,
- το No 3 -//- στο καφενείο,
- το No 4 -//- στις βόλτες, εκδρομές, ταξίδια,
- το No 5 -//- στα ενδιαφέροντα που λαμβάνουν χώρα στο σπίτι, και

το Νο 6 -//- στη μουσική/ χειροτεχνία.

Το d30 αντιστοιχεί στην ερώτηση «γνωρίζετε για τη νόσο Alzheimer;»

Το Νο 1 είναι ναι και το Νο 2 είναι το όχι.

Το d31 αντιστοιχεί στην ερώτηση «από πού ενημερωθήκατε;»

Το Νο 1 -//- στην τηλεόραση,

το Νο 2 -//- στις εφημερίδες/ βιβλία,

το Νο 3 -//- στον γιατρό και

το Νο 4 -//- στον περίγυρο.

Το d32 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν έχετε κάποιον συγγενή με άνοια;»

Το Νο 1 είναι ναι και το Νο 2 είναι το όχι.

Το d33 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν, ναι ποιος είναι ο βαθμός συγγένειας;»

Το Νο 1 αντιστοιχεί στους γονείς,

το Νο 2 -//- στον/ ην σύζυγο,

το Νο 3 -//- στα παιδιά,

το Νο 4 -//- στα αδέρφια και

το Νο 5 -//- στους λοιπούς συγγενείς.

Το d34 αντιστοιχεί στην ερώτηση «ποιες είναι οι αντιλήψεις σας για τη νόσο Alzheimer;»

Το Νο 1 αντιστοιχεί στη θανατηφόρα ασθένεια,

το Νο 2 -//- στη δύσκολη ασθένεια,

το Νο 3 -//- στην ταλαιπωρία του ασθενούς και των συγγενών του, και

το Νο 4 -//- στην έκφραση φόβου ως προς την ασθένεια.

Το d35 αντιστοιχεί στην ερώτηση «ασχολείστε με το διάβασμα;»

Το Νο 1 είναι το ναι και το Νο 2 είναι το όχι.

Το d36 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, πόσο συχνά;»

Το Νο 1 -//- πολύ συχνά,

το Νο 2 -//- λιγότερο συχνά και

το Νο 3 -//- σπάνια.

Το d37 αντιστοιχεί στην ερώτηση «ασχολείστε με τη γυμναστική;»

Το Νο 1 είναι ναι και το Νο 2 είναι το όχι.

Το d38 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, πόσο συχνά;»

Το Νο 1 -//- πολύ συχνά,

το Νο 2 -//- λιγότερο συχνά και

το Νο 3 -//- σπάνια.

## 2. MINI MENTAL STATE EXAMINATION TEST

Από την ερώτηση m38 έως την m67:

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και

το Νο 1 αντιστοιχεί στην σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

M38 Τι έτος έχουμε;

M39 Τι εποχή;

M40 Τι μήνα;

M41 Τι ημερομηνία;

M42 Τι ημέρα της εβδομάδας;

M43 Πως ονομάζεται το νοσοκομείο μας;

M44 Σε ποια πόλη βρίσκεσαι;

M45 Σε ποιο νομό βρίσκεσαι;

M46 Σε ποια χώρα;

M47 Σε ποιον όροφο;

Ο ερωτώμενος επαναλαμβάνει τις 3 παρακάτω λέξεις, γιατί αργότερα πρέπει να τις ανακαλέσει.

M48 Καρέκλα

M49 Φούστα

M50 Ποδήλατο

Ο ερωτώμενος καλείται να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 ξεκινώντας από το 100.

M51 Η σωστή απάντηση είναι 93

M52            -//-            86

M53            -//-            79

M54            -//-            72

M55            -//-            65

Εναλλακτικά ο ερωτώμενος μπορεί να συλλαβίσει ανάποδα την λέξη «πέτρα».

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

M56 Καρέκλα

M57 Φούστα

M58 Ποδήλατο

M59 Τι είναι αυτό; (δείχνουν στον ερωτώμενο ένα μολύβι)

M60 Τι είναι αυτό; (                    -//-                    ένα ρολόι)

M61 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: «παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

M62 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί χέρι.

M63 Διπλώστε το στα δύο.

M64 Και ακουμπήστε στο πάτωμα.

M65 Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω.

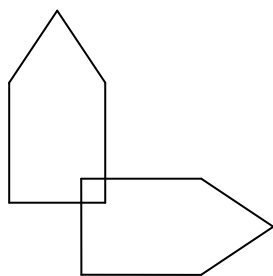
(Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ).

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

M66 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

M67 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα.



### 3. FUNCTIONAL RATING SCALE FOR SYMPTOMS OF DEMENTIA

Το f68 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Τροφή»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Τρώει κανονικά”

Το Νο 1                    -//-            “Δυσκολεύεται με τα μαχαιροπίρουνα”

Το Νο 2                    -//-            “Τρώει με τα χέρια στερεές τροφές”

Το Νο 3                    -//-            “Πρέπει να τον ταΐσουν”

Το f69 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ντύσιμο»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ντύνεται μόνος του”

Το Νο 1                    -//-            “Κάνει λάθη”

Το Νο 2                    -//-            “Χρειάζεται επίβλεψη”

Το Νο 3                    -//-            “Χρειάζεται βοήθεια”

Το f70 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ακράτεια»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Πλήρης έλεγχος των σφικτήρων”

Το Νο 1                    -//-            “Κάπου - κάπου βρέχει το κρεβάτι”

Το Νο 2                    -//-            “Ημερήσια ακράτεια ούρων”

Το Νο 3                    -//-            “Ακράτεια ούρων και κοπρώνων”

Το f71 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ομιλία»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Μικρές δυσκολίες”

Το Νο 1                    -//-            “Μεγάλες δυσκολίες”

Το Νο 2                    -//-            “Απλές συνομιλίες”

Το Νο 3                    -//-            “Δεν μπορεί να μιλήσει”

Το f72 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ύπνος»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αμετάβλητος”

Το Νο 1                    -//-            “Περισσότερος ή λιγότερος”

Το Νο 2                    -//-            “Εφιάλτες”

Το Νο 3                    -//-            “Περιπλανάται όλη νύχτα”

Το f73 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Αναγνώριση προσώπων»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αναγνωρίζει πρόσωπα”

Το Νο 1                    -//-            “Όχι πρόσωπα γνωστών”

Το Νο 2                    -//-            “Όχι πρόσωπα συγγενών”

Το Νο 3                    -//-            “Όχι τον σύζυγο”

Το f74 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ατομική Υγιεινή»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Καθαρός”

Το Νο 1                    -//-            “Αγνοεί την αυτοπεριποίηση”

Το Νο 2                    -//-            “Όχι συχνά μπάνιο”

Το Νο 3                    -//-            “Του κάνουν μπάνιο”

Το f75 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη για τα ονόματα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Θυμάται ονόματα”

Το Νο 1                    -//-            “Όχι γνωστών”

Το Νο 2                    -//-            “Όχι φίλων και συγγενών”



Το Νο 3 -//- “Όχι του συζύγου”

Το f76 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη για τα γεγονότα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Θυμάται”

Το Νο 1 -//- “Όχι λεπτομέρειες”

Το Νο 2 -//- “Χρειάζεται υπενθύμιση”

Το Νο 3 -//- “Δεν θυμάται τίποτε”

Το f77 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εγρήγορση»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Συνήθως προσεκτικός”

Το Νο 1 -//- “Αποσπάται εύκολα”

Το Νο 2 -//- “Ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις”

Το Νο 3 -//- “Δεν παρακολουθεί TV”

Το f78 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σφαιρική σύγχυση»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απαντάει κατάλληλα”

Το Νο 1 -//- “Νυχτερινή σύγχυση”

Το Νο 2 -//- “Περιοδική σύγχυση”

Το Νο 3 -//- “Πάντα συγχυσμένος”

Το f79 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Προσανατολισμός στον χώρο»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Προσανατολισμένος”

Το Νο 1 -//- “Σύγχυση όταν οδηγεί”

Το Νο 2 -//- “Χάνεται στη γειτονιά”

Το Νο 3 -//- “Χάνεται στο σπίτι”

Το f80 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Συγκινησιακή κατάσταση»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φυσιολογική”

Το Νο 1 -//- “Εριστικός, ήπια Κατάθλιψη”

Το Νο 2 -//- “Απάθεια, κλάματα”

Το Νο 3 -//- “Δεν υπάρχει έλεγχος”

Το f81 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κοινωνική απαντητικότητα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αμετάβλητη”

To No 1	-//-	“Επιστροφή στο παρελθόν”
To No 2	-//-	“Μαχητικός”
To No 3	-//-	“Αντικοινωνική συμπεριφορά”

#### 4. GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Βαθμολογούμε με 1 το «όχι» στις ερωτήσεις: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 και με 1 το «ναι» στις υπόλοιπες ερωτήσεις.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

G82 Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

G83 Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

G84 Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

G85 Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;

G86 Έχετε ελπίδες για το μέλλον;

G87 Στενοχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να τα βγάλετε από την σκέψη σας;

G88 Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;

G89 Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;

G90 Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

G91 Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

G92 Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;

G93 Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;

G94 Στενοχωριέστε συχνά για το μέλλον;

G95 Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από τους άλλους;

G96 Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;

G97 Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;

G98 Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;

G99 Στενοχωριέστε πολύ για το παρελθόν;

G100 Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;

G101 Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;

G102 Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;

- G103 Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;
- G104 Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς;
- G105 Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;
- G106 Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;
- G107 Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;
- G108 Σηκώνετε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;
- G109 Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;
- G110 Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;
- G111 Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;

## 5. HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

Το h112 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Καταθλιπτική διάθεση»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχει.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Λύπη, απελπισία κλπ, που αποκαλύπτονται μόνο μετά από σχετικές ερωτήσεις.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ο άρρωστος αναφέρει τα παραπάνω αισθήματα χωρίς να ερωτηθεί.”

Το No 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φανερώνει αυτά τα αισθήματα όχι λεκτικά.”

Το No 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Υπερβολικά συμπτώματα.”

Το h113 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Αισθήματα ενοχής»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχουν.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αυτομομφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ιδέες ενοχής/ τύψεις.”

Το No 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Η παρούσα αρρώστια είναι μια τιμωρία.”

Το No 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ψευδαισθήσεις ενοχής.”

Το h114 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γάσεις αυτοκτονίας»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχει.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αισθάνεται ότι η ζωή του δεν έχει αξία.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Εύχεται να είχε πεθάνει.”

Το Νο 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ίδέες αυτοκτονίας.”

Το Νο 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απόπειρες αυτοκτονίας.”

Το h115 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Αρχική αϋπνία»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν έχει δυσκολία αν τον πάρει ο ύπνος.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Παραπονιέται για δυσκολία κάπου - κάπου να τον πάρει ο ύπνος.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Παραπονιέται για δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος.”

Το h116 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ενδιάμεση αϋπνία»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Όχι δυσκολία.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ο άρρωστος είναι ανήσυχος και ταραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ύπναι κατά τη διάρκεια της νύχτας.”

Το h117 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Όψιμη αϋπνία»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Όχι δυσκολία.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ύπναι πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμάται.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ύπναι πολύ νωρίς αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.”

Τι h118 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εργασία και ενδιαφέροντα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Όχι δυσκολία.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αισθήματα ανικανότητας, κόπωση ή αδυναμία σε δραστηριότητες, την εργασία ή τα χόμπι.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητα, εργασία ή χόμπι ή ακεφιά, αναποφασιστικότητα και αμφιταλάντευση.”

Το Νο 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, μειωμένη παραγωγικότητα, μείωση του πραγματικού χρόνου που ξοδεύει σε δραστηριότητες.”

Το Νο 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Έπαψε να εργάζεται εξαιτίας της νόσου.”

Το h119 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επιβράδυνση»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Κανονική ομιλία και σκέψη.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Στενοχωριέται για ασήμαντα πράγματα.”

Το No 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία.”

Το No 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση.”

Το h120 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κινητική ανησυχία»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Καθόλου.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Παίζει με τα χέρια του, τα μαλλιά του.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη του.”

Το h121 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Άγχος ψυχικό»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Καθόλου.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Στενοχωριέται για ασήμαντα πράγματα.”

Το No 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία.”

Το No 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση.”

Το h122 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Άγχος σωματικό»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχει.”

Το No 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Τον στενοχωρεί κατά τη διάρκεια της μέρας.”

Το No 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Έχει συμπτώματα, αλλά εξακολουθεί να εργάζεται.”

Το No 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Έχει συμπτώματα που τον αναγκάζουν να περιορίσει τις δραστηριότητές του.”

Το No 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Τα συμπτώματα τον κάνουν ανίκανο να εργαστεί.”

Το h123 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γαστρεντερικά συμπτώματα»

Το No 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχουν.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.”

Το h124 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γενικά σωματικά συμπτώματα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχουν.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.”

Το h125 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γεννητικά συμπτώματα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχουν.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.”

Το h126 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Υποχονδριακά συμπτώματα»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Δεν υπάρχουν.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Σωματική ενασχόληση.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Υπεραπασχόληση με τη σωματική υγεία.”

Το Νο 3 αντιστοιχεί στην απάντηση “Μεμνίμοιρη στάση σε σχέση με τη σωματική υγεία.”

Το Νο 4 αντιστοιχεί στην απάντηση “Υποχονδριακό παραλήρημα.”

Το h127 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Απώλεια βάρους»

A) Εκτίμηση με βάση το ιστορικό.

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Όχι απώλεια βάρους.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Πιθανή απώλεια βάρους, που συνδέεται με την παρούσα νόσο.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Βέβαιη (κατά τον άρρωστο) απώλεια βάρους.”

B) Εκτίμηση από τον ψυχίατρο με ζύγιση του αρρώστου ανά εβδομάδα.

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απώλεια βάρους μικρότερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Απώλεια βάρους μικρότερη από 1 χιλιόγραμμα την εβδομάδα.”

Το h127 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επίγνωση του νοσηρού»

Το Νο 0 αντιστοιχεί στην απάντηση “Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος.”

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην απάντηση “Γνωρίζει την ασθένεια αλλά την αποδίδει σε κακή διατροφή, άσχημο κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.α.”

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην απάντηση “Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος.”